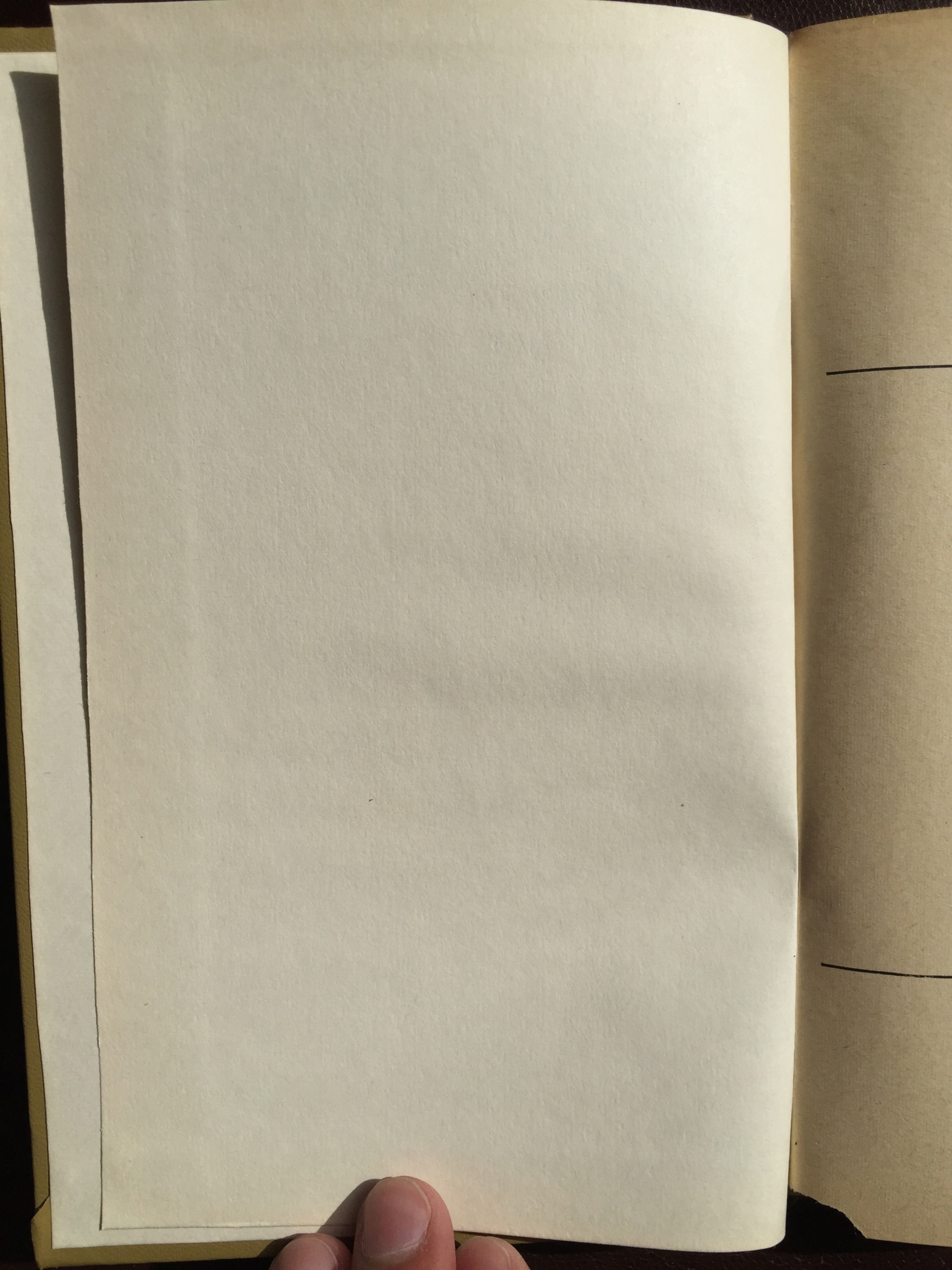


Б.С.СВАДКОВСКИЙ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

ПО СУДЕБНО-
МЕДИЦИНСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ

МЕДИЦИНА



Б. С. СВАДКОВСКИЙ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

ПО СУДЕБНО- МЕДИЦИНСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

*Допущено Главным управлением
учебных заведений Министерства
здравоохранения СССР в качестве
учебного пособия для студентов
стоматологических факультетов меди-
цинских институтов*



МОСКВА · «МЕДИЦИНА» · 1974

УДК 340.6:616.31 (075.8)

В учебном пособии освещаются основные разделы судебной стоматологии и судебно-стоматологической экспертизы.

Автор рассматривает повреждения мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов. Отдельный раздел посвящен повреждениям, причиненным зубами человека и животных, освещается характер повреждений, механизм травмы и экспертная оценка.

Приводятся современные данные по идентификации личности живого лица и трупа по стоматологическому статусу. Рассматриваются экспертные возможности установления пола, возраста, профессии, места протезирования. Освещается судебно-медицинская экспертиза правонарушений врачей-стоматологов и других медицинских работников стоматологических учреждений.

Учебное пособие иллюстрировано оригинальными фотографиями, рентгенограммами, таблицами.

Учебное пособие предназначено для студентов стоматологических факультетов, а также может быть использовано студентами других медицинских факультетов для углубленного изучения судебной медицины.

С $\frac{52200-187}{039(01)-74}$ 16-74

© Издательство «Медицина» Москва • 1974

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Введение в судебную стоматологию и процессуаль- ные основы судебно-стоматологической экспертизы . . .	5
Литература	17
Глава II. Судебно-стоматологическая экспертиза поврежде- ний мягких тканей лица	19
Повреждения, причиненные тупыми твердыми пред- метами	21
Повреждения, причиненные острыми предметами . . .	27
Транспортная травма	32
Ожоги различной этиологии	36
Огнестрельные повреждения	39
Действие лучевой энергии	41
Глава III. Судебно-стоматологическая экспертиза переломов челюстно-лицевых костей	43
Переломы нижней челюсти	46
Переломы верхней челюсти	56
Переломы скуловой кости и скуловой дуги	61
Переломы костей носа	62
Течение, исход и экспертная оценка переломов челю- стно-лицевых костей	64
Глава IV. Судебно-стоматологическая экспертиза поврежде- ний зубов	69
Литература к главам II—IV	86
Глава V. Судебно-стоматологическая экспертиза поврежде- ний, причиненных зубами	90
Повреждения, причиненные зубами человека	90
Повреждения, причиненные зубами животных . . .	100
Литература	111
Глава VI. Идентификация личности по стоматологическому статусу и пограничные с ней вопросы	112
Основные методы идентификации личности по стома- тологическому статусу	114
Идентификация личности по следам и отпечаткам зубов	122
Установление возраста, пола и профессии по стома- тологическому статусу	129
Экспертиза отдельных зубов и зубных протезов . . .	142
Литература	152
Глава VII. Судебно-стоматологическая экспертиза правонару- шений медицинских работников стоматологических уч- реждений	155
Литература	174

ПРЕДИСЛОВИЕ

Выделение в судебной медицине в качестве самостоятельного раздела судебной стоматологии выдвигает ряд актуальных организационных, научных и экспертных проблем. Среди них особое место принадлежит проблеме подготовки специалистов экспертов-стоматологов.

Судебная медицина как самостоятельный предмет изучается на всех медицинских факультетах, однако преподавание этой науки на стоматологических факультетах до последнего времени, как правило, не проводилось. Поэтому врачи-стоматологи оказались мало посвященными в судебную медицину. Этот парадокс получает свое разрешение путем введения преподавания судебной медицины на стоматологических факультетах.

В руководствах и учебниках по судебной медицине вопросы судебной стоматологии освещены недостаточно, а отдельные ее разделы полностью отсутствуют. Последнее руководство, и то ограниченное судебно-медицинской экспертизой зубов, было издано еще в 1903 г., и оно естественно не только не отражает современных проблем судебной стоматологии, но и не содержит таких ее разделов, как повреждения мягких тканей лица, переломы челюстно-лицевых костей и др.

Все это побудило нас взять на себя труд представить проблемы судебной стоматологии в виде учебного пособия для студентов стоматологических факультетов.

Судебная стоматология — новый, развивающийся раздел судебной медицины, и в пособии освещены лишь основные ее вопросы.

В первой главе изложены истоки и основные этапы развития отечественной судебной стоматологии, что представляется весьма существенным, ибо зарубежная судебная стоматология почти не освещает работ русских и советских ученых по этой проблеме. Представлены также процессуальные основы судебно-стоматологической эк-

спертизы, определяющие деятельность эксперта-стоматолога в судебно-следственном процессе.

Последующие главы пособия содержат современные научные данные по судебно-стоматологической травматологии, идентификации личности по стоматологическому статусу и пограничным с ней вопросам, а также изложены особенности экспертизы в случаях привлечения к уголовной ответственности медицинских работников стоматологических учреждений.

Учитывая, что научные данные и экспертные наблюдения по этим разделам судебной стоматологии опубликованы главным образом в периодических изданиях, в пособии представлен указатель литературы к каждому из излагаемых разделов.

Настоящее пособие не заменяет учебник по судебной медицине, а лишь дополняет его положением основных разделов судебной стоматологии.

При написании этого пособия автор использовал материалы лекций по судебной стоматологии, прочитанных им в 1970—1974 гг. для студентов стоматологического факультета Московского ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института, а также результаты научных исследований по этой проблеме сотрудников руководимой им кафедры судебной медицины этого института.

Опыт создания такого пособия не может претендовать на исчерпывающее изложение всех проблем и каждой из представленных в частности. Поэтому автор примет с искренней благодарностью все пожелания и критические замечания, которые будут способствовать совершенствованию преподавания судебной стоматологии и развитию судебно-стоматологической экспертизы в нашей стране.

**ВВЕДЕНИЕ В СУДЕБНУЮ СТОМАТОЛОГИЮ
И ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ
СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ**

В судебной медицине за последнее десятилетие появился новый самостоятельный раздел — судебно-медицинская стоматология. Выделение этого раздела было обусловлено дальнейшей дифференциацией медицинских наук, в частности развитием стоматологии как оригинальной медицинской дисциплины с профессионально подготовленным в этой области врачевания специалистом — врачом-стоматологом.

Судебно-медицинская стоматология изучает стоматологические проблемы в интересах правовой практики общества. К числу основных вопросов современной судебной стоматологии относятся:

— процессуальные основы судебно-стоматологической экспертизы;

— судебно-медицинская экспертиза повреждений мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов в случаях механической травмы, огнестрельных повреждений, действия крайних температур и электричества, радиационных поражений;

— судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных зубами;

— идентификация личности, возраста, пола, профессии, места протезирования по стоматологическому статусу;

— судебно-медицинская экспертиза профессиональных правонарушений врачей-стоматологов и других медицинских работников стоматологических учреждений.

В зарубежной судебной стоматологии неоднократно высказывалось мнение, что судебно-медицинская стоматология должна рассматриваться как часть общей стоматологии (Keiser-Nielsen и др.). Такое представление неверно в историческом плане, ибо повреждения, причиненные зубами человека, повреждения мягких тканей, челюстно-лицевых костей и зубов, идентификация лично-

сти по стоматологическому статусу, отпечаткам и следам зубов и многие другие проблемы судебно-медицинской стоматологии с давних времен составляют предмет исследования судебной медицины, в то время как в стоматологии они еще не нашли своего отражения, преподавание же судебной медицины на стоматологических факультетах вводится в ряде стран в настоящее время.

Несомненно, что в разработке отдельных проблем судебно-медицинской стоматологии принимали участие и врачи-специалисты. Но и в этом случае они ничем не отличались от специалистов других медицинских профессий (травматологов, акушеров-гинекологов, патологоанатомов и др.), которые в пределах своих познаний вносили лепту в развитие судебно-медицинской науки и практики.

Интересы развития современной медицинской науки, интересы правовой практики общества позволяют считать, что судебно-медицинская стоматология должна составлять самостоятельный раздел судебной медицины. Несомненно, что будущее этого раздела не мыслится без широкого использования достижений современной стоматологии, которые получают в этом случае апробацию в экспертной деятельности. Надо полагать, что развитие судебно-медицинской стоматологии привлечет к себе и врачей-специалистов, которые изберут судебную медицину как профессию, пополнив кадры судебно-медицинских экспертов.

В 1961 г. в Дании было основано Скандинавское научное общество судебных стоматологов. Общество поставило своей целью популяризацию судебной стоматологии среди стоматологов, судебных медиков и сотрудников полиции, а также привлечение к изучению проблем судебной стоматологии широкого круга специалистов. Членами общества в настоящее время являются эксперты-стоматологи и судебные медики многих стран Европы, Азии, Африки и Америки. Общество издает информационные бюллетени, в которых освещаются проблемы судебной стоматологии, информация о съездах и конгрессах, а также научных и практических исследованиях по судебно-стоматологической экспертизе и приводится библиография мировой литературы по этим вопросам.

Проблемы судебной стоматологии постоянно находят отражение в работе международных конгрессов и конференций по судебной медицине.

Судебная стоматология вводится в программы высших и средних стоматологических учебных заведений, издаются учебники и учебные пособия по этим вопросам. Активно проводится подготовка экспертных кадров по судебной стоматологии.

Широкое привлечение к научной и экспертной деятельности специалистов-стоматологов является характерной чертой современного развития судебной стоматологии, что несомненно расширяет ее научные горизонты и способствует повышению профессионального качества судебно-стоматологической экспертизы.

У истоков отечественной судебной стоматологии стоял выдающийся русский ученый, педагог и эксперт, заведующий кафедрой судебной медицины Московского университета проф. П. А. Минаков. Под его руководством зубной врач Г. И. Вильга написал первую в России диссертацию по судебной одонтологии, изданную в 1903 г. в Москве под названием «О зубах в судебно-медицинском отношении». В этой работе автор подробно осветил судебно-медицинскую экспертизу травмы зубов, укушенных ран, установление тождества личности по зубам, а также по пломбам и зубным протезам. Были изложены данные об определении пола, возраста, профессии по одонтологическим признакам, изменении зубного аппарата при действии высокой температуры, а также в результате поздних трупных явлений. Отдельная глава была посвящена экспертной оценке профессиональных дефектов врачевания.

Трудно переоценить значение этой работы для становления и развития отечественной судебной одонтологии, а затем и судебной стоматологии. В ней нашли отражение все основные ее вопросы, и многие годы эта работа являлась единственным руководством для судебных медиков, а также зубных врачей и стоматологов, привлеченных к экспертной деятельности.

Вместе с тем Г. И. Вильга в освещении отдельных вопросов судебной одонтологии высказал ряд ошибочных суждений, поддавшись влиянию зарубежной криминолого-антропологической школы. Так, при описании зубного аппарата у психически больных, преступников автор высказывает мнение о «дегенеративных» признаках, якобы определяющих людей этих групп.

После Великой Октябрьской социалистической революции наука зубоврачевания поднялась на новую сту-

пень. Была создана стоматология как самостоятельная медицинская дисциплина. Были открыты научно-исследовательские стоматологические институты. Подготовка врачей-стоматологов стала составной частью высшей медицинской школы, в которой были организованы стоматологические институты и факультеты.

Развитие и становление стоматологии не могло не отразиться на судебно-медицинской экспертной деятельности, основанной на специальных познаниях в этой науке и создании судебной стоматологии.

В 1928 г. в журнале «Одонтология и стоматология» была опубликована статья И. Я. Бычкова «Судебная одонтология», в которой поднимались актуальные научные и организационные вопросы этой экспертизы. Автор показал большие экспертные возможности, которые открывает судебная одонтология для идентификации личности, возраста, профессии по стоматологическому статусу, а также отпечаткам и следам зубов. Среди других одонтологических экспертиз были рассмотрены случаи привлечения к уголовной ответственности зубных врачей и зубных техников в связи с профессиональными правонарушениями. Большое внимание автор уделил подготовке специализированных экспертных кадров, справедливо отмечая, что если судебный медик мало осведомлен в вопросах одонтологии, то зубной врач не имеет подготовки по судебной медицине, изучение которой должно стать самостоятельным ответвлением в общей системе образования одонтолога.

В последующие десятилетия, по мере дальнейшего развития стоматологии и расширения экспертной деятельности, в научных исследованиях, статьях и монографиях освещались узловые проблемы судебно-стоматологической экспертизы, авторами которых выступали как судебные медики, так и стоматологи.

Вопросам судебно-стоматологической травматологии были посвящены диссертационные исследования Н. П. Пырлиной «Судебно-медицинская оценка повреждений лица» (1951), А. Ф. Рубежанского «Материалы к судебно-медицинской экспертизе переломов костей челюстно-лицевой области и повреждений зубов» (1960), Г. А. Ботезату «Судебно-медицинская экспертиза повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы» (1966). В этих исследованиях была представлена судебно-медицинская статисти-

ка повреждений мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов и освещены основные экспертные критерии при определении степени тяжести телесных повреждений.

Механизмы травмы нашли широкое освещение в монографии В. Н. Крюкова «Механизмы переломов костей» (1971), а также в трудах крупных челюстно-лицевых хирургов: А. Э. Рауэра «Переломы челюстей и повреждения мягких тканей лица» (1932, 1936, 1940, 1947), Н. М. Михельсона «Челюстно-лицевые повреждения и их лечение» (1947), «Повреждения лица и челюстей и их лечение» (1956), В. С. Дмитриевой «Переломы челюстей мирного времени и их лечение» (1966) и др.

Проблемам идентификации личности по стоматологическому статусу, следам и отпечаткам зубов посвящен раздел в монографии В. И. Пашковой «Очерки судебно-медицинской остеологии» (1963), а также диссертационное исследование Г. Л. Голобродского «Судебно-медицинское и криминалистическое значение зубов человека и их следов» (1950). Дефекты медицинской деятельности и некоторые вопросы уголовной ответственности зубных врачей и врачей-стоматологов за профессиональные правонарушения нашли отражения в монографиях крупных советских стоматологов И. М. Старобинского «Ошибки в зубоврачебной хирургии» (1927) и А. И. Рыбакова «Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии» (1966).

В 1972 г. по инициативе кафедры судебной медицины Московского ордена Трудового Красного Знамени медицинского стоматологического института была проведена первая научная конференция по судебной стоматологии. На ней были рассмотрены организационные, научные и экспертные проблемы, а также вопросы подготовки кадров экспертов-стоматологов и преподавания судебной медицины на стоматологических факультетах.

Судебная стоматология является основой судебно-стоматологической экспертизы. Эта экспертиза является одним из видов судебно-медицинской экспертизы, занимая равное положение с такими ее видами, как акушерско-гинекологическая, венерологическая и другие экспертизы, с распространением на нее уголовного и гражданского действующего законодательства, а также положений, правил, приказов и инструкций органов здравоохранения.

В соответствии с инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР (1952) судебно-стоматологическая экспертиза служит целям и задачам советского социалистического правосудия, а также в пределах своих функций, прав и обязанностей должна всемерно содействовать улучшению лечебно-профилактической стоматологической помощи населению.

Материалы экспертных исследований с разрешения следственных и судебных органов могут быть использованы в интересах органов здравоохранения, способствуя улучшению организации и проведению лечебно-профилактической стоматологической помощи населению, а также в общих усилиях социальной гигиены по профилактике травматизма, отравлений и др. Это принципиальное отличие советской судебно-медицинской службы от зарубежной, ибо последняя ограничивает свою деятельность только запросами органов следствия и суда.

Согласно ст. 16 Законодательства об уголовном судопроизводстве Союза ССР и соответствующих статей уголовно-процессуальных кодексов (УПК) союзных республик, а также гражданских процессуальных законодательств, доказательствами по делу являются любые фактические данные, на основе которых в определенном законом порядке судебно-следственные органы разрешают стоящие перед ними вопросы (квалификации действия как преступления, виновность и др.). К числу доказательств наряду с показаниями свидетеля, потерпевшего, подозреваемого, а также вещественными доказательствами, протоколами следственных и судебных действий и иными документами относится и заключение эксперта.

Эксперт, а в англо-американском праве сведущий свидетель,— это лицо, обладающее специальными познаниями в науке, технике, искусстве и ремесле. «В качестве эксперта может быть вызвано любое лицо, обладающее необходимыми познаниями для дачи заключения» (ст. 78 УПК РСФСР и соответствующие статьи УПК союзных республик).

Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР (§ 26) устанавливает, что судебно-следственные органы могут привлечь к выполнению государственной функции судебно-медицинских экспертов лиц, имеющих квалификацию врача. В практическом отношении привлечение к экспертной деятельности врача-стоматолога, не имеющего подготовки по судебной меди-

цине,
приве
Нам
экспер
репно
нально
систем
вал го
ценны
несмот
квалиф
экспер
матоло
выполн
специа

В т
органа
цию вр
необход
нию су
других
ных поз
следств
тологов
если пе
предела
врача.
тельств
законом
статьи
ном вид
ставлен
его спе
освобод
Одн
ствует
цины я
ских де
врачей-с
блюден
сутствие
пришел

цине, например для установления причин смерти, может привести к серьезным судебно-медицинским дефектам. Нам известен случай проведения судебно-медицинской экспертизы трупа человека, погибшего в результате черепно-мозговой травмы, где врач-стоматолог профессионально грамотно описал повреждения зубо-челюстной системы, но не произвел вскрытия черепа и не исследовал головной мозг, что лишило органы следствия полноценных сведений о характере и механизме травмы, даже несмотря на последовавшие затем многократные высококвалифицированные комиссионные судебно-медицинские экспертизы. Поэтому «Положением о правах врача-стоматолога»¹ установлено, что в объем его работ входит выполнение судебно-медицинской экспертизы только по специальности.

В тех случаях, когда перед судебно-следственными органами возникают вопросы, составляющие компетенцию врача такого профиля, не только желательно, но и необходимо привлечение врача-стоматолога к выполнению судебно-медицинской экспертизы, ибо врачи всех других специальностей не имеют, как правило, достаточных познаний в этой медицинской профессии. Судебно-следственные органы не могут привлекать врачей-стоматологов к общей медицинской экспертной деятельности, если перед экспертизой стоят вопросы, выходящие за пределы профильной, стоматологической специализации врача. В свою очередь врач-стоматолог в таких обстоятельствах должен воспользоваться представленным ему законом правом (ст. 82 УПК РСФСР и аналогичные статьи УПК союзных республик) и сообщить в письменном виде в судебно-следственные органы о том, что поставленные перед ним вопросы выходят за пределы его специальных познаний, вследствие чего он просит освободить его от выполнения экспертизы.

Однако экспертная практика убедительно свидетельствует о том, что отрыв стоматологии от судебной медицины является одним из источников судебно-медицинских дефектов и в случаях профессиональных экспертиз врачей-стоматологов. Так, А. М. Гамбург описывает наблюдение, когда стоматолог-эксперт, обнаруживший отсутствие нескольких зубов на эксгумированном черепе, пришел к заключению, что они были выбиты. Между

¹ Утверждено Наркомздравом СССР 12 мая 1938 г.

тем дефект зубного ряда был обусловлен не перенесенной травмой, а следствием посмертных (гнилостных) изменений.

Исследование объектов, которое производит врач, пользуясь своими медицинскими познаниями в интересах органов дознания, следствия, прокуратуры и суда, называется судебно-медицинской экспертизой. Объектами судебно-медицинской экспертизы являются живые лица, трупы, вещественные доказательства, относящиеся к организму человека, и медицинские документы.

Применительно к судебно-стоматологической экспертизе речь идет об экспертизе живых лиц для установления характера повреждения, его давности, механизма возникновения и определения степени тяжести телесных повреждений или утраты трудоспособности при травмах мягких тканей лица, костей лицевого скелета, зубов, а также при повреждениях, нанесенных зубами человека, и др. При судебно-медицинских исследованиях трупов, проводимых в аналогичных случаях, следует, кроме того, установить причинную связь между повреждениями и наступлением смерти. Вещественными доказательствами, которые могут стать объектами судебно-стоматологической экспертизы, являются отпечатки и следы действия зубов как на теле человека (изъятые при исследовании трупа), так и на других объектах (пищевые продукты, папиросы и др.) для идентификации личности, установления возраста, пола, профессии и т. п. и, наконец, медицинские документы, — главным образом при судебно-медицинской экспертизе профессиональных правонарушений врачей-стоматологов и других медицинских работников стоматологических учреждений.

Согласно ст. 78 УПК РСФСР и аналогичным статьям УПК союзных республик, проведение судебно-медицинской, следовательно, и судебно-стоматологической экспертизы обязательно для установления причин смерти, характера телесных повреждений, а также для установления возраста обвиняемого, подозреваемого и потерпевшего в случаях, когда это имеет значение для дела, а документы о возрасте отсутствуют.

Судебно-стоматологическая экспертиза, как и судебно-медицинская экспертиза вообще, назначается лицом, производящим дознание, следователем, прокурором и судом (ст. 78 УПК РСФСР, аналогичные статьи союзных республик, «Основы законодательства Союза ССР о

здрав
ных о
бой о
рено,
дован
судеб
В М
тут б
Донец
пертиз
связи
видно,
процес
ния эк
Ст.
юзных
перта.
ственн
ставлен
за пред
ставлен
эксперт
шему э
перту п
дела, п
ходатай
лов для
следств
допроса
ствиях
Отк
обязанн
или да
ловном
логичн
соблюд
также
УК РС
публик)
По э
если вр
из стор
РСФСР
или он

здоровоохранении»). Поэтому обращение административных органов здравоохранения или частных лиц с просьбой о проведении экспертизы не может быть удовлетворено, ибо это не предусмотрено законом, а всякие исследования, произведенные по этим просьбам, не являются судебно-медицинской экспертизой.

В Московский медицинский стоматологический институт была направлена телеграмма от частного лица из Донецка с просьбой провести судебно-медицинскую экспертизу и установить следы действия зубного бора в связи с претензиями пациента к врачу-стоматологу. Очевидно, что адресату мог быть направлен ответ лишь в процессуальном плане, разъясняющий порядок проведения экспертизы по действующему законодательству.

Ст. 82 УПК РСФСР и аналогичные статьи УПК союзных республик определяют права и обязанности эксперта. Эксперт обязан явиться по вызову судебно-следственных органов и дать объективное заключение по поставленным перед ним вопросам. Если вопросы выходят за пределы его профессиональной компетенции или представленные для заключения материалы недостаточны, эксперт в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности ее проведения. Эксперту предоставлено право знакомиться с материалами дела, по которому он производит экспертизу, заявлять ходатайства о предоставлении дополнительных материалов для проведения экспертизы. С разрешения судебно-следственных органов эксперт может присутствовать при допросах, а также других следственных и судебных действиях и задавать допрашиваемым вопросы.

Отказ или уклонение эксперта от выполнения своих обязанностей, а также неявка без уважительных причин или дача заведомо ложного заключения подлежат уголовному наказанию (ст. ст. 181, 182 УК РСФСР и аналогичные статьи союзных республик). Эксперт обязан соблюдать следственную тайну, разглашение которой также подлежит уголовному наказанию (ст. 184 УК РСФСР и аналогичные статьи УК союзных республик).

По закону возможен и отвод эксперта, в частности, если врач является стороной или родственником одной из сторон судебно-следственного процесса (ст. 59 УПК РСФСР и аналогичные статьи УПК союзных республик) или он находится в служебной зависимости от них

(ст. 67 УПК РСФСР и аналогичные статьи союзных республик). От экспертной деятельности врач-стоматолог должен отказаться и в случаях рассмотрения вопроса о правильности лечения, если он сам оказывал медицинскую помощь больному.

В процессуальных основах судебно-стоматологической экспертизы мало изучены вопросы компетенции судебно-медицинского эксперта.

При выполнении экспертизы врач-стоматолог должен руководствоваться положением закона о том, что «вопросы, поставленные через эксперта, и его заключение не могут выходить за пределы специальных познаний эксперта» (ст. 78 УПК РСФСР и аналогичные статьи УПК союзных республик). В уголовно-процессуальном кодексе Чехословакии 1960 г. (§ 107, п. I) вслед за таким же указанием имеется разъяснение: «эксперт не должен давать оценки доказательств и решать правовые вопросы». В УПК Мали 1962 г. (ст. 143) указывается, что экспертиза назначается в тех случаях, «когда следователю или суду приходится решать вопросы, выходящие за пределы правовых знаний». Таким образом, судебно-медицинский эксперт, независимо от того, выполняет ли его обязанности штатный эксперт или врач-стоматолог, должен отказаться от ответов на вопросы, выходящие за пределы его медицинских знаний, а в экспертном заключении не входить в разрешение правовых вопросов.

Приведем ряд примеров.

Одним из критериев степени тяжести телесных повреждений является неизгладимое обезображивание лица. Задачей эксперта является в этих случаях установление изгладимости повреждений, т. е. такого состояния рубцов, когда они уменьшаются в размерах, бледнеют, становятся малозаметными. Такой исход должен иметь место либо сам по себе, либо под влиянием терапевтических или физиотерапевтических лечебных мероприятий (хирургическое вмешательство в этих случаях не учитывается, ибо оно связано с дополнительными физическими страданиями). Вопрос об обезображивании лица — не медицинский, а эстетический, и является компетенцией судебно-следственных органов.

Еще на VIII Пироговском съезде в 1902 г. при обсуждении диссертации Г. И. Вильги, выступившего с докладом «Зубы в судебно-медицинском отношении», было высказано мнение, что протезы, даже в лучшем техниче-

ском исполнении, не могут заменить утраченных вследствие травмы зубов. На этом основании делался вывод, это травма, приводящая к утрате зубов, должна рассматриваться как обезображивание лица. Не останавливаясь на современной экспертной оценке травмы зубов, укажем, что изложенное суждение не имеет медицинских критериев и в приложении к экспертной практике выходит за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта.

В этой связи нельзя признать удачными рекомендации М. И. Авдеева о признании в качестве обезображивающих лицо исходов повреждений, которые в виде примеров приводит автор для юристов. Здесь и такие повреждения, как «рубцовые искривления губ с зиянием щели рта, выворотом губ, обнажением зубов..., переломы челюстей, сопровождающиеся их деформацией», и др. И хотя автор подчеркивает, что судебно-медицинский эксперт не может и не должен определять обезображивание лица, его примеры приведены только для работников органов расследования и суда (но не для судебно-медицинских экспертов), очевидно, что никаких медицинских критериев для обоснования обезображивания не имеется и мнение М. И. Авдеева на страницах научно-практического судебно-медицинского руководства выходит за пределы компетенции эксперта.

Аналогичную позицию занимает Н. П. Пырлина, когда при утрате зубов в результате травмы в качестве судебно-медицинского экспертного критерия рассматривает изменение внешнего вида лица «вследствие западения рта, отчего лицо приобретает старческий вид».

Некоторые авторы полагают, что при самообороне превалируют повреждения, причиненные зубами на верхних конечностях, в то время как при нападении действию зубов подвергаются и другие части тела (Е. З. Бронштейн). Такое суждение неверно по существу, ибо частота повреждений зубами на верхних конечностях как при нападении, так и при самообороне оказывается одинаковой, вследствие чего этот признак не может иметь самостоятельного значения. Более существенным является то, что решение этого вопроса подлежит компетенции судебно-следственных органов, в то время как судебно-медицинский эксперт в этих случаях должен лишь установить, является ли травма результатом самоповреждения или нет.

А. И. Рыбаков в монографии «Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии» приводит классификацию дефектов в деятельности терапевтов-стоматологов. Предложенная автором классификация имеет большое значение не только в профессиональном стоматологическом плане, но и в судебно-медицинском отношении, особенно при рассмотрении в комиссионных экспертизах вопросов о правонарушениях в деятельности врачей-стоматологов и других медицинских работников стоматологических учреждений. Однако автор выделяет отдельную группу, куда, по его мнению, должны быть включены дефекты, допущенные «в результате халатности и небрежности врача, медицинского персонала». Очевидно, что такие понятия, как «халатность» и «небрежность», представляя в правовом отношении различные формы вины, являются юридическими понятиями, и их квалификация принадлежит компетенции не судебно-медицинской экспертной комиссии, а органов расследования и суда.

Эксперт при проведении судебно-стоматологической экспертизы должен дать в своем заключении ответы на вопросы, поставленные органами дознания, следователем, прокурором или судом. Однако закон предусматривает, что если в результате проведенной экспертизы возможно расширить круг поставленных вопросов, имеющих значение для дела, и они находятся в пределах его компетенции, то эксперт имеет право дать на них ответы в своем заключении (ст. 191 УПК РСФСР и аналогичные статьи УПК союзных республик).

Заключение эксперта является одним из доказательств по делу, и по своему значению оно равноценно для органов расследования и суда наряду с другими доказательствами. В процессе расследования или суда, если возникают противоречия между данными отдельных доказательств, заключение эксперта не является обязательным и органы следствия и суд могут не принять его во внимание, однако они в этом случае обязаны мотивировать свое несогласие.

В этой связи ошибочно мнение И. Б. Дмитриева о том, что отождествление личности по зубам является бесспорным доказательством. Такое исследование несомненно является научно обоснованным, но оценку этому доказательству дают органы расследования или суда в каждом конкретном случае, сопоставляя его с другими судебными доказательствами.

Эт
дия и
мя, к
теории
правл
Teste
юрисп
но-сле
ка уст
беннос
перт-а
заключ
пригов
должна
эксперт
рапевт
мыслит
юристы
Вра
следств
специа
следств
участву
зывая
использ
познани
Так
врач-сто
лицо —
доказат
специал
нов. Ст
ства, оп
но-следо
ческой
Авдеев М.
ство п
Бокариус
ков, 1
Бричков И.
1928,
Админ
2 Свядков

Это принципиальное положение советского правосудия имеет большое значение особенно в настоящее время, когда основоположники и сторонники зарубежных теорий социальной защиты и биопсихологического направления (Karpman, Ancel, Gramatica, Glück, Barnes, Tecters и др.) высказывают далеко не новое в истории юриспруденции положение о подмене выяснения в судебно-следственном процессе характера действий преступника установлением его личных, биологических и иных особенностей. Вновь, как и во времена Ч. Ломброзо, эксперт-антрополог, эксперт-врач возводятся в ранг судьи, заключение которого по существу рассматривается как приговор. Отсюда и суждения о том, что «система судов должна быть вытеснена профессиональной комиссией экспертов» (Barnes, Tecters), которые должны быть «терапевтически мыслящими людьми» (Glück), т. е. должны мыслить как врачи, имеющие дело с больными, а не как юристы, стремящиеся к соблюдению закона.

Врач-стоматолог может принимать участие в судебно-следственном процессе не только как эксперт, но и как специалист (осмотр трупа на месте его обнаружения, следственный эксперимент и др.). В этих случаях врач участвует в следственных или судебных действиях, оказывая консультативную помощь следователю или суду, используя свои профессиональные, стоматологические познания.

Таким образом, в судебно-следственном процессе врач-стоматолог принимает участие как самостоятельное лицо — эксперт, заключение которого является одним из доказательств по делу, а также может выполнять роль специалиста — консультанта судебно-следственных органов. Строгое соблюдение процессуального законодательства, определяющее участие врача-стоматолога в судебно-следственном процессе, является нормой социалистической законности.

ЛИТЕРАТУРА

- Авдеев М. И. Курс судебной медицины. М., 1959; Краткое руководство по судебной медицине. М., 1966.
Бокариус Н. С. Судебная медицина для медиков и юристов. Харьков, 1930.
Бычков И. Я. Судебная одонтология. Одонтология и стоматология, 1928, № 10, с. 65—69, Зубоврачевание в помощь правосудию. Административный вестник, 1928, № 8, с. 25—30.

- Вильга Г. И. О зубах в судебно-медицинском отношении. М., 1903.
- Гамбург А. М. Судебно-медицинская экспертиза обвиняемого. Киев, 1948.
- Гофман Э. Учебник судебной медицины. СПб., 1912.
- Громов А. П. Курс лекций по судебной медицине. М., 1970.
- Законодательство об уголовном судопроизводстве Союза ССР и союзных республик. Т. 1. М., 1963, с. 49—65.
- Кноблах Э. Медицинская криминалистика. Прага, 1959.
- Краттер Ю. Руководство по судебной медицине. М., 1926.
- Косоротов Д. П. Учебник судебной медицины. М.—Л., 1928.
- Основы судебной медицины. Под ред. Н. В. Попова. М.—Л., 1938.
- Пальтауф. Руководство к лечению зубных болезней. СПб., 1898.
- Рубежанский А. Ф. Некоторые вопросы судебно-стоматологической экспертизы. Стоматология, 1960, № 2, с. 67—69.
- Сапожников Ю. С. Криминалистика в судебной медицине. Киев, 1970.
- Свадковский Б. С. О некоторых процессуальных вопросах судебно-стоматологической экспертизы. Стоматология, 1972, № 1, с. 58—61.
- Свадковский Б. С. Судебно-медицинская стоматология и ее проблемы. В кн.: Актуальные проблемы стоматологии. М., 1972, с. 85—90.
- Свадковский Б. С., Курляндский В. Ю. Современные проблемы и перспективы развития судебно-стоматологической экспертизы, Судебно-медицинская экспертиза, 1973, № 2, с. 6—9.
- Свадковский Б. С. Стоматология и судебная медицина. Стоматология, 1972, № 2, с. 75—77.
- Свадковский Б. С., Мажаров М. К. Судебно-медицинские аспекты в стоматологии за рубежом. Судебно-медицинская экспертиза, 1972, № 2, с. 18—20.
- Смолянинов В. М., Татиев К. И., Черваков В. Ф. Судебная медицина. М., 1964.
- Судебная медицина. Под ред. В. И. Прозоровского, М., 1968.
- Судебная стоматология. Сборник научных работ. Под ред. Б. С. Свадковского. М., 1973.
- Уголовно-процессуальный кодекс РСФСР. М., 1960.

Повр
стей
вечес
чая ч
перво
уличн
травм
осенн
дается
лица
Пр
вой тр
жизне
вид ор
лесно
причи
смерти
граван
Пол
челюст
клинич
но-мед
мы, но
ких тка
ет их
воздейс
же низ
ткань
что спо
ния и в
рубцева
шенная
со свое
полости

ГЛАВА II

СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА

Повреждения мягких тканей лица, челюстно-лицевых костей и зубов составляют до 25% среди всех травм человеческого тела. На 10 000 населения приходится 2,5 случая челюстно-лицевых повреждений. Среди повреждений первое место занимает бытовая, затем транспортная и уличная и, наконец, производственная и спортивная травма. Наибольший травматизм отмечается в летне-осенний период. Чаще челюстно-лицевая травма наблюдается у мужчин, и среди пострадавших преобладают лица от 20 до 45 лет.

При судебно-медицинской экспертизе челюстно-лицевой травмы устанавливаются характер повреждения, прижизненность и давность его, механизм возникновения и вид орудия, которым оно причинено, степень тяжести телесного повреждения, а в случаях летальных исходов — причинная связь между повреждением и наступлением смерти. Возможны самоповреждения, симуляция и аггравация челюстно-лицевой травмы.

Повреждения мягких тканей лица встречаются в 70% челюстно-лицевой травмы. Характер повреждений, их клиническое течение и исход, а следовательно, и судебно-медицинская оценка зависят не только от вида травмы, но и от анатомо-физиологических особенностей мягких тканей. Расположение на открытой части тела делает их легко доступными для неблагоприятных внешних воздействий. Богатая иннервация, васкуляризация, а также низко дифференцированная рыхлая соединительная ткань обеспечивают высокие репаративные потенции, что способствует относительно ранним срокам заживления и в то же время может повлечь за собой избыточное рубцевание с формированием келоида. Отмечается повышенная резистентность мягких тканей лица, что связано со своеобразным воздействием микробных ассоциаций полости рта бактерицидными свойствами слюны, а так-

же функциональной адаптацией полости рта к привычным микротравмам. С другой стороны, при недостаточной медицинской помощи или позднем ее оказании, а также при вторичном инфицировании, особенно ран, возможна генерализация инфекции, чему в значительной мере будет способствовать топографо-анатомическая близость и связь, в том числе сосудистая, мягких тканей лица с головным мозгом, дыхательными путями и др. Не только богатая васкуляризация, но и выраженное коллатеральное кровообращение может обусловить при травме развитие рецидивирующего кровотечения, даже после перевязки таких крупных сосудов, как наружная или общая сонная артерии.

Высокая эластичность кожи иногда способствует ее сохранению при значительных повреждениях подлежащих тканей. Легко травмируется подкожная клетчатка, где возникают обширные кровоизлияния. Прочность фасциальных лож весьма велика, и ткань их нередко сохранена, несмотря на разрушение заключенных в них мышц. Мимические мышцы не отличаются прочностью и эластичностью. Полнокровные сосуды рассеивают энергию повреждающего снаряда по закону гидравлики, и возникающий взрывной эффект ведет к значительному их разрушению. Гидравлический удар может передаваться через сосуды, вызывая повреждения в соседних органах, в частности в головном мозге. Нервные стволы облада-

Т а б л и ц а 1

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ, ПРИ ТРАВМЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА У ЖИВЫХ ЛИЦ ПО ГРУППАМ ПОВРЕЖДЕНИЙ (ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И В. А. СМИРНОВОЙ)

Повреждающий фактор	Число экспертиз	%
Тупые твердые предметы	802	79,0
Острые предметы	81	7,9
Движущийся транспорт	77	7,6
Высокая температура (пламя) и прижигающие жидкости	33	3,2
Огнестрельное оружие	4	0,7
Комбинированные повреждения	9	0,8
Вид повреждения не установлен	9	0,8
Всего	1 015	100,0

ют достаточной эластичностью, но при их механической целостности не исключены нарушения проводимости (парезы, параличи).

Повреждения мягких тканей лица возникают от действия тупых твердых и острых предметов, при транспортной травме, действии крайних температур, электричества и прижигающих жидкостей, при огнестрельных повреждениях, а также от действия лучевой энергии.

Сведения о частоте встречаемости судебно-медицинской экспертизы травмы мягких тканей лица у живых лиц от действия большинства из перечисленных причин представлены в табл. 1.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРИЧИНЕННЫЕ ТУПЫМИ
ТВЕРДЫМИ ПРЕДМЕТАМИ**

Наиболее часто повреждения мягких тканей лица происходят от действия разнообразных тупых твердых предметов (кулак, палка, кирпич и др.). При этом наблюдаются ссадины, кровоподтеки и ушибленные раны. Нередко имеет место множественная локализация травмы на лице, а среди изолированных повреждений преобладает травма губ, носа и щек (табл. 2).

Ссадины указывают на место приложения действующей силы, и в ряде случаев по ним можно судить о форме тупого предмета и его особенностях. Обычно они причиняются тупыми предметами, имеющими шероховатую

Таблица 2

ЧАСТОТА И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА,
ПРИЧИНЕННЫХ ТУПЫМИ ТВЕРДЫМИ ПРЕДМЕТАМИ У ЖИВЫХ ЛИЦ
(ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И В. А. СМИРНОВОЙ)

Характер повреждений	Локализация повреждений						Всего
	скуло- вая область	щеки	нос	губы	подборо- дочная область	множе- ственная локали- зация	
Ссадины	14	33	49	58	9	88	251
Кровоподтеки	38	47	41	46	34	71	277
Ушибленные раны	10	15	15	53	3	12	108
Сочетание этих по- вреждений	9	5	10	34	2	106	166
Итого	71	100	115	191	48	277	802

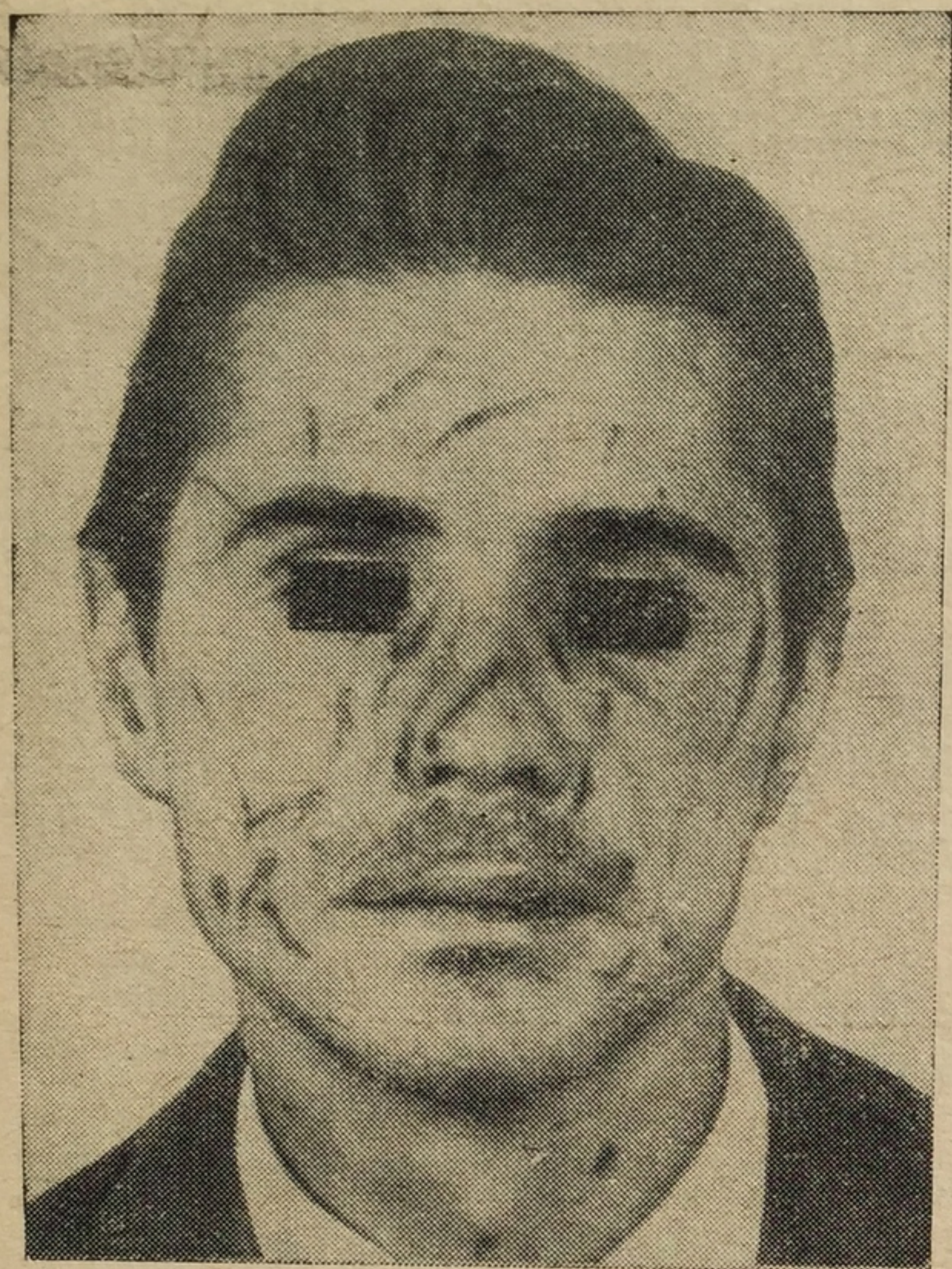


Рис. 1. Множественные ссадины на лице.

поверхность, и величина ссадины соответствует величине трущей поверхности и длине пройденного пути. На лице нередко встречаются ссадины, возникающие от действия ногтей человека (рис. 1), имеющие характерную полулунную форму с углом более прямого.

При действии тупого твердого предмета на мягкие ткани лица с относительно небольшой силой происходит разможнение мелких сосудов подкожной клетчатки, возникает воспалительный отек и кровоподтек.

Богатство рыхлой подкожной клетчатки обуславливает быстрое развитие выраженного и распространенного воспалительного отека, особенно при травме щек и губ, что весьма характерно, в частности, при придавливании их слизистой оболочки к деснам и зубам.

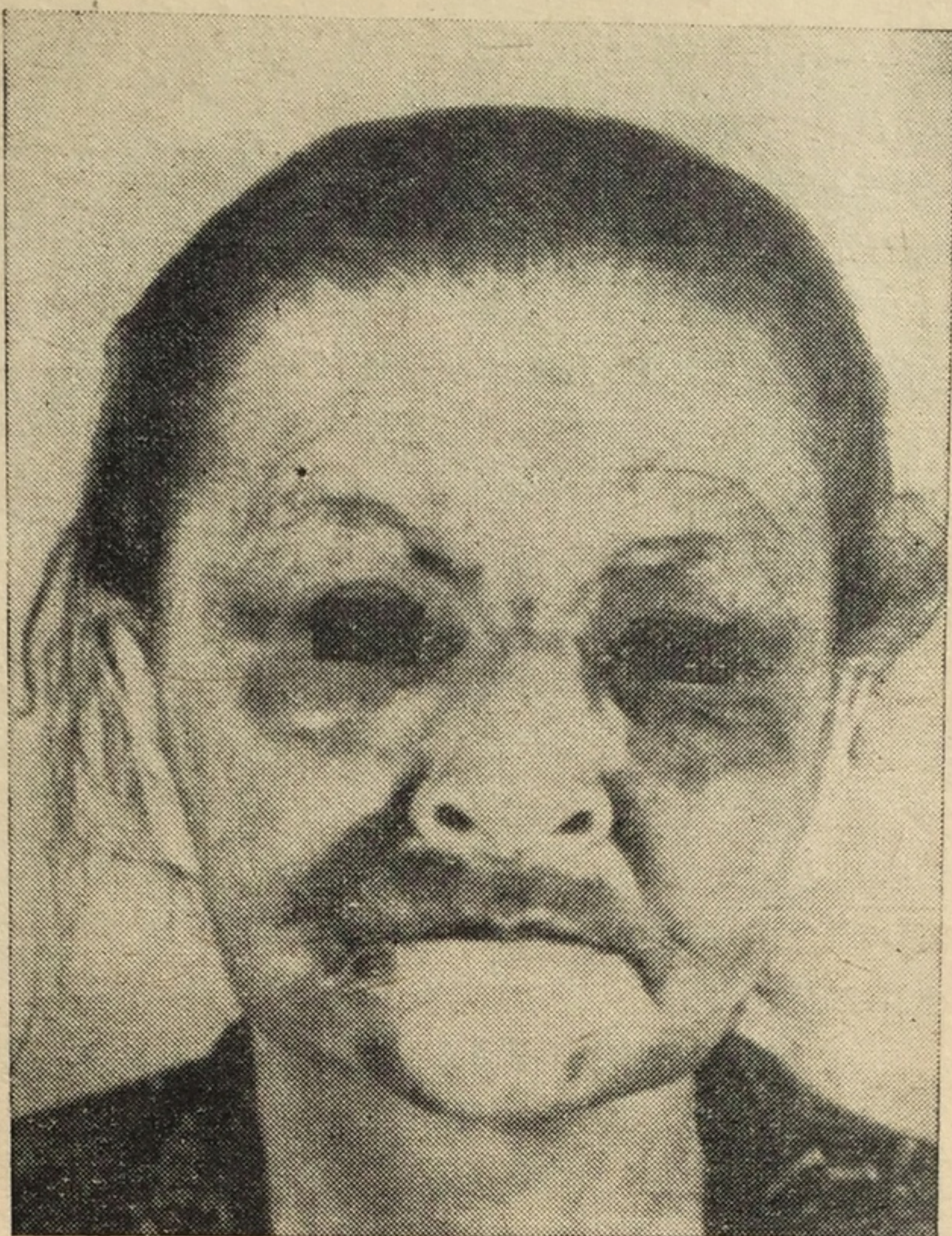
Локализация кровоподтека, особенно в период рассасывания, может изменяться также благодаря обилию подкожной клетчатки. Так, кровоподтек из области переносья может перемещаться к углам глаза. Зона кровоподтека верхнего века значительно увеличивается благодаря его распространению по подкожной клетчатке на нижнее веко и углы глаз (рис. 2). Гематома на обоих веках — симптом «очков» — не является патогномоничным только для переломов основания черепа, так как она может возникать при изолированной травме мягких тканей лица.

Свежий кровоподтек, просвечивая через кожу, имеет багрово-синий или синий цвет («синяк»). В результате распада эритроцитов в зоне кровоподтека образуются гемосидерин и гематоидин, обуславливающие изменения кровоподтека в зеленый, а затем в желтый цвет.

Рис.
кро

Х
зави
пров
всле
резк
вопо
день
того
день
нием
ровк
вания
теки
лиян
К
щек
окрас
ретак
литые
к 3—
а на
в то

Рис. 2. Множественные
кровоподтеки на лице.



Характер кровоподтека, цвет и темпы рассасывания зависят от его локализации. Кровоподтек на веках сопровождается выраженным воспалительным отеком, вследствие чего глазная щель полностью закрыта или резко сужена. Первоначальный сине-багровый цвет кровоподтека, иногда с фиолетовым оттенком, на 3—4-й день приобретает по периферии полосчатость зеленоватого цвета, распространяющуюся к центру. На 4—5-й день появляется желтый цвет кровоподтека, за исключением его центра, где первоначальный цвет в виде островков и полосок сохраняется почти до полного рассасывания, которое имеет место к 14—16-му дню. Кровоподтеки на веках, как правило, сопровождаются кровоизлияниями в слизистую век и конъюнктивы.

Кровоподтеки в области мягких тканей лба, носа и щек имеют темно-синюю, сине-багровую или синеватую окраску. Небольшие кровоподтеки на 2—3-й день приобретают желтоватый цвет и на 6—8-й день исчезают. Разлитые кровоподтеки, распространявшиеся на область век, к 3—4-м суткам по периферии становятся зеленоватыми, а на 5—6-е сутки появляется желтоватое окрашивание, в то время как в центре сохраняется первоначальный

цвет и отек мягких тканей. Такие кровоподтеки исчезают на 12—14-й день.

В области губ на коже образуется кровоподтек, имеющий сине-багровый цвет, на 3—4-е сутки частично заменяющийся зеленоватым, а на 5—6-е сутки к нему присоединяется желтоватое окрашивание. На слизистой губ кровоизлияния имеют темно-красный цвет, иногда с сине-багровым или фиолетовым оттенком. Постепенно интенсивность кровоподтека уменьшается, и на 8—10-й день он исчезает.

Кровоподтеки в области ушных раковин имеют сине-ватую или сине-багровую окраску, которая на 3—4-е сутки почти полностью сменяется на желтую. Такие кровоподтеки исчезают на 8—9-й день. Иногда возникает кровоподтек между надхрящницей и хрящом уха — «отематома».

Глубокие кровоподтеки, расположенные в толще мышц и под надкостницей, выявляются обычно на 2—3-й день, когда пигмент крови в результате диффузии достигает поверхности кожи, и сроки их рассасывания увеличиваются.

Как было отмечено, кровоподтеки на слизистых губ, а также на конъюнктивах и слизистой оболочки щек не изменяют первоначальной окраски, которая по мере рассасывания оказывается лишь менее интенсивной.

Течение и исход кровоподтеков обычно благоприятны: происходит полное рассасывание, не оставляющее никакого следа, или иногда на короткое время сохраняется буроватая пигментация без расстройства здоровья. При множественных и распространенных кровоподтеках длительность их обратного развития может оказаться весьма продолжительной, повышается температура тела, у пострадавших возникает общая слабость, нарушение сна и аппетита (В. М. Смольянинов и Е. З. Бронштейн).

Возможно нагноение кровоподтеков. При кровоподтеках носовой перегородки может возникнуть нарушение носового дыхания. При повреждениях мягких тканей только в виде ссадин и кровоподтеков может иметь место сотрясение головного мозга.

Ушибленные раны чаще всего возникают от действия тупых твердых предметов с небольшой ударяющей поверхностью, при значительном усилии вследствие удара, сдавливания, растяжения и трения в участках кожи, близко прилежащих к кости (рис. 3).

Уши
воподт
уцелеви
кровото
линейн
то в кр
врежде
тельны
Гр-ну
телу. Из
течение.
ния, за
диване, в
осмотре к
кровью, с
сгустками
При
лено обил
руках, на
краями, п
книзу и к
расположе
крыла на
ружи. Кра
чатке и м
лияние ра
левую бок
нижней че

Рис. 3. Рубцы на лице
после заживления ушиб-
ленных ран.



Ушибленные раны имеют неровные осадненные и кровоподтечные края, на дне их обнаруживаются нередко уцелевшие нервы и сосуды. Такие раны мало зияют и не кровоточат. Форма ран разнообразная: неправильная, линейная, овальная. Если повреждены крупные сосуды, то в краях и дне ран возникают гематомы. Иногда поврежденные мелкие сосуды являются источником значительных наружных кровотечений.

Гр-ну Ф., 66 лет, вечером были нанесены удары костью по телу. Из ушибленной раны левой щеки отмечалось сильное кровотечение. Пострадавший, находясь в состоянии алкогольного опьянения, за медицинской помощью не обращался, всю ночь лежал на диване, вытирая кровь. На следующее утро наступила смерть. При осмотре комнаты подушки дивана оказались обильно пропитанными кровью, отмечены потеки крови на боковой поверхности дивана со сгустками ее у стены.

При судебно-медицинском исследовании трупа было установлено обильное пропитывание кровью одежды, кровь на лице, шее, руках, на левой щеке обнаружена рана с неравномерно осадненными краями, при сопоставлении имеющими вид острого угла, открытого книзу и кнаружи, с длиной сторон 4—5 и 4 см (рис. 4). Концы ран расположены на левой боковой поверхности носа, выше его левого крыла на 2 см. Рана образует лоскут, откидывающийся вниз и кнаружи. Края раны отслоены на ширину до 3 см. В подкожной клетчатке и мышцах левой щеки располагается темно-красное кровоизлияние размером 12×10×2 см, захватывающее скуловую область, левую боковую поверхность и спинку носа, область левой половины нижней челюсти и распространяющееся в клетчатку век левого глаза

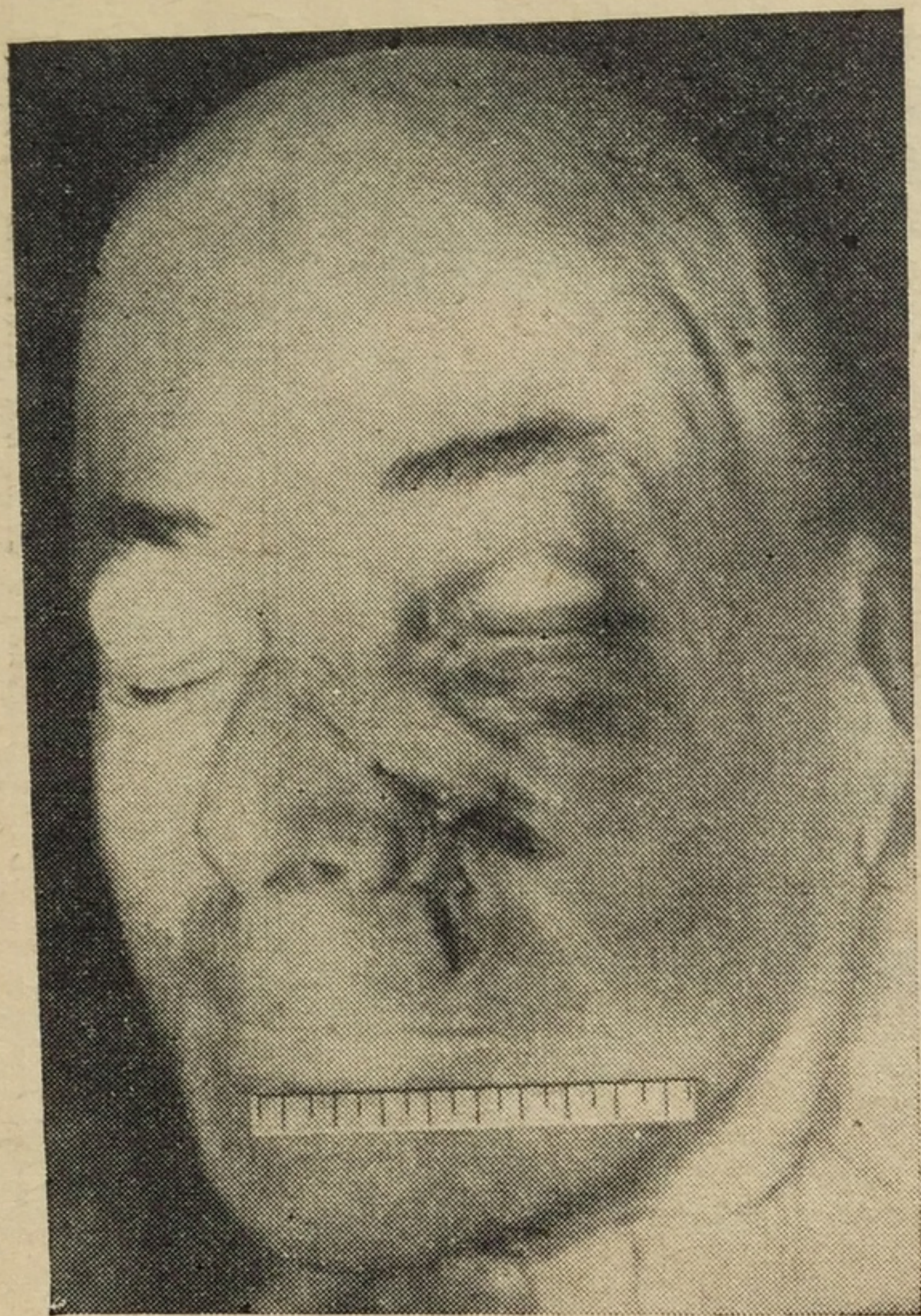


Рис. 4. Ушибленная рана лица.

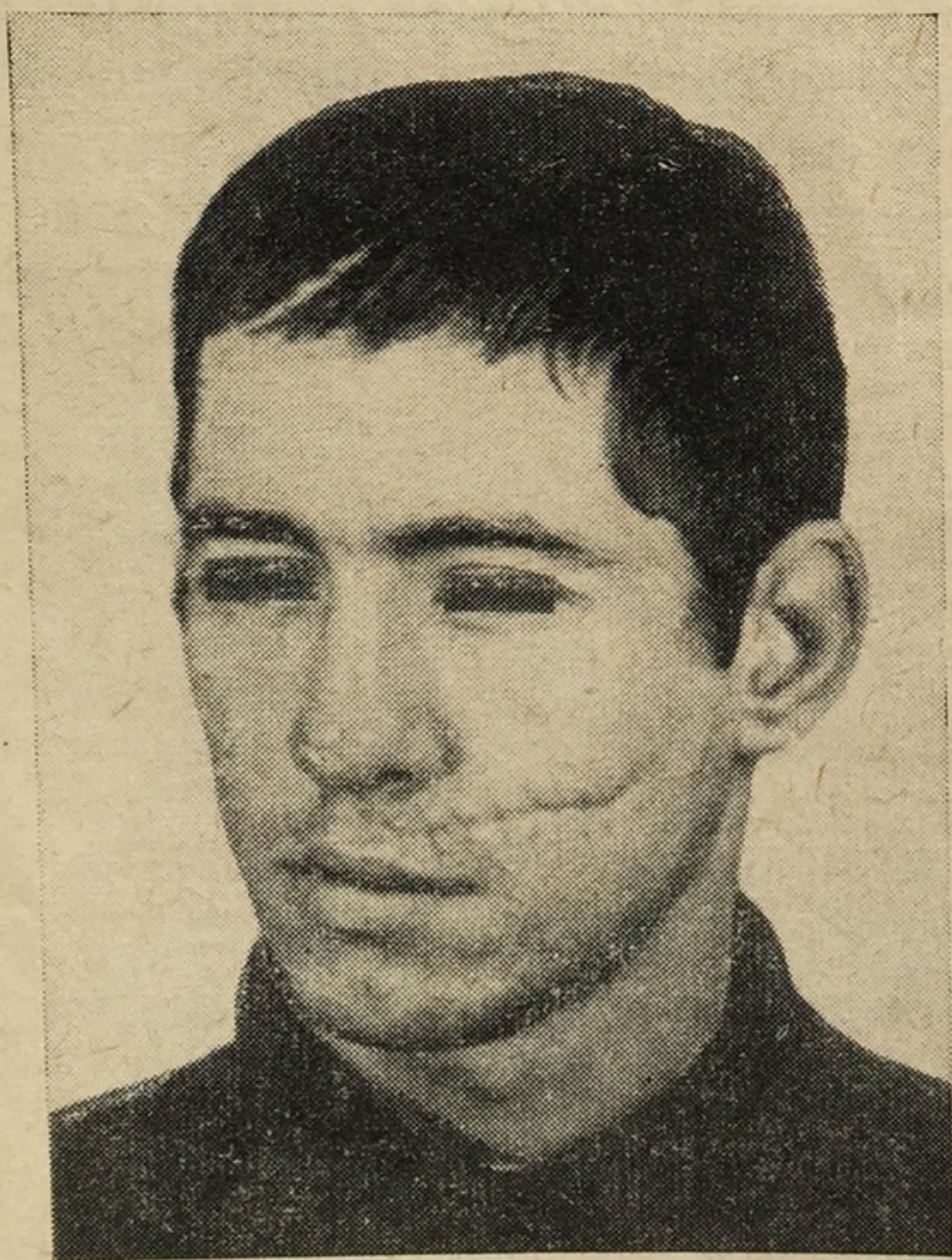


Рис. 5. Рубец на лице после заживления резаной раны, причиненной опасной бритвой.

и у внутреннего угла правого глаза. Обнаружить поврежденный сосуд в зоне раны и кровоизлияния не удалось. Острое малокровие внутренних органов, субэндокардиальные кровоизлияния (пятна Минакова).

Причиной смерти явилось острое малокровие, развившееся вследствие кровотечения из ушибленной раны лица (наблюдение Ю. Г. Артамонова).

Возможны вторичные кровотечения вследствие последующего распространения некроза краев ушибленной раны.

При повреждениях тупыми твердыми предметами мягких тканей лица в области костных выступов (например, скуловая область) могут возникнуть раны, похожие на резаные.

Ушибленная рана может быть лоскутной, когда отрывается кожа или пласт мягких тканей, а также рваной, когда ткань рвется от чрезмерного растяжения. При ударе тупым твердым предметом с неровной поверхностью возникает ушибленно-рваная рана, нередко с некрозом ее краев.

Раны мягких тканей могут быть с по-

врежден
рана в
размеро
эластичн
дефект
сти десе
как они

Раны
врежден
ми сосу
скуловой
Ушиб

внедрени
служить
а также
флегмон
могут ра
тройнич

При
резаные,
(табл. 3)

Часто
п

Характер по

Резаная ран
Колотая »
Колото-реза
Рубленая ра

Итог

Резань
стоте дом
дениям та
носятся о

вреждением слизистой оболочки полости рта. Кожная рана в таких случаях оказывается значительно больших размеров, так как слизистая оболочка, обладая высокой эластичностью и подвижностью, сокращаясь, уменьшает дефект. Края раневого дефекта на внутренней поверхности десен, неба, тела челюсти сблизить не удастся, так как они спаяны с надкостницей.

Раны слизистой оболочки дна полости рта при повреждении подлежащей клетчатки, богатой кровеносными сосудами, а также раны ушных раковин, лобной и скуловой области сильно кровоточат.

Ушибленные раны нередко загрязнены в результате внедрения инородных частиц (земля и др.), что может служить источником инфицирования. Развитие гематом, а также краевого некроза способствует возникновению флегмоны дна рта, абсцессов. В зоне ушибленных ран могут развиваться травматические невриты лицевого и тройничного нерва.

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРИЧИНЕННЫЕ ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ

При повреждениях острыми предметами возникают резаные, колотые, колото-резаные и рубленые раны (табл. 3).

Таблица 3

ЧАСТОТА И ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА, ПРИЧИНЕННЫХ ОСТРЫМИ ПРЕДМЕТАМИ, У ЖИВЫХ ЛИЦ (ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И В. А. СМИРНОВОЙ)

Характер повреждений	Локализация повреждений						Всего
	скуло- вая область	щеки	нос	губы	подборо- дочная область	множе- ственная локали- зация	
Резаная рана	—	8	3	1	1	14	27
Колотая »	1	1	2	—	1	2	7
Колото-резаная рана	1	12	8	6	1	14	42
Рубленая рана	1	2	—	1	—	1	5
Итого	3	23	13	8	3	31	81

Резаные раны мягких тканей лица занимают по частоте доминирующее положение по отношению к повреждениям такого характера другой локализации. Они наносятся опасной бритвой, лезвием безопасной бритвы,

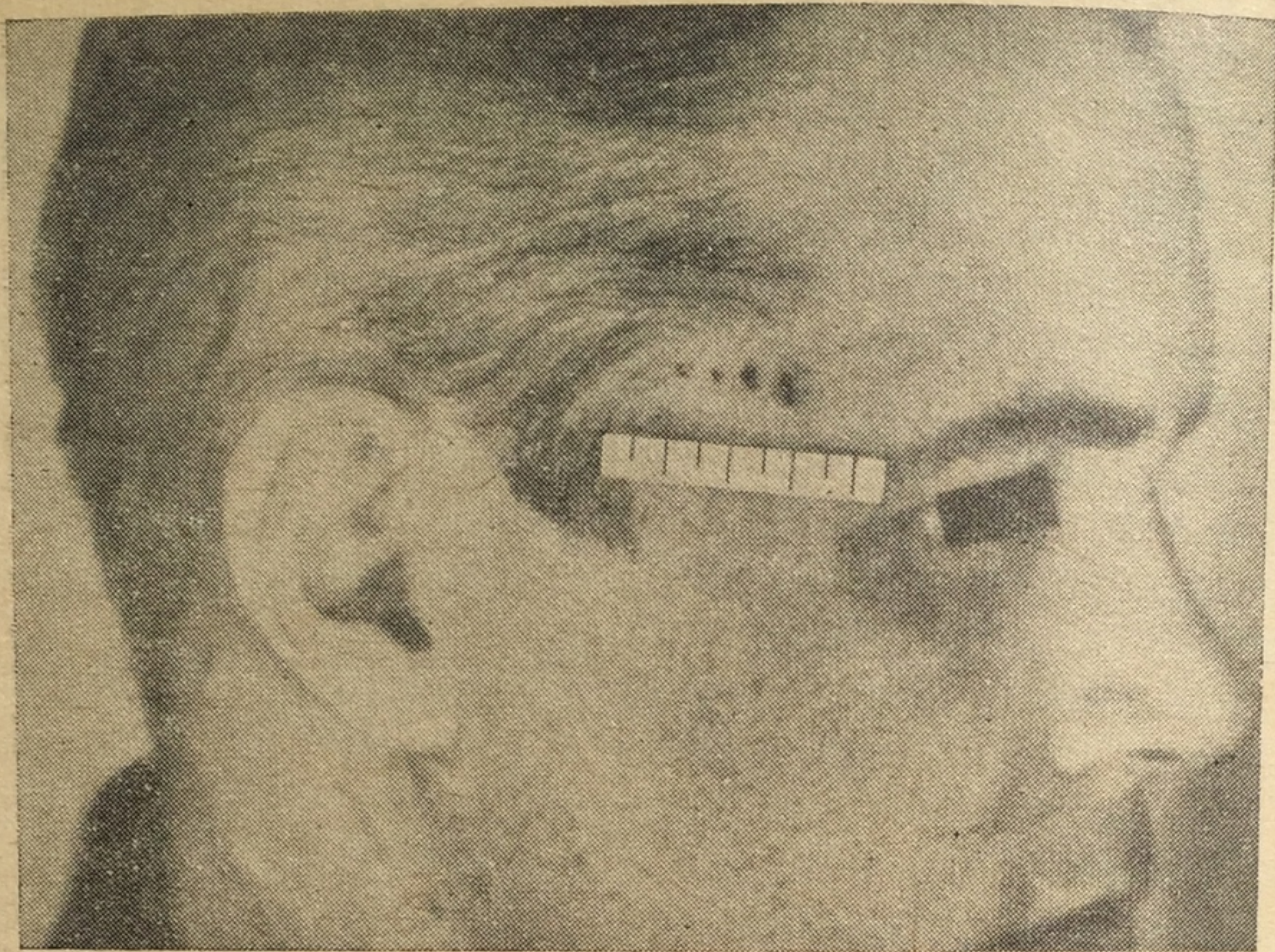


Рис. 6. Колотые раны, причиненные вилкой.

осколками стекла и другими режущими предметами (рис. 5).

Для резаной раны характерные острые концы, гладкие края. Края раны легко сближаются, и при этом устанавливается форма разреза. Сокращение поврежденных мимических мышц обуславливает значительное зияние раны, а сокращение вплетенных в толщину кожи мышечных волокон несколько подворачивает их края внутрь.

Колотые раны имеют входное отверстие, канал, иногда выходное отверстие. Раневой канал может быть меньше длины лезвия, равен ему и больше его. К колющим орудиям относятся шило, гвоздь, игла и т. п. В основе повреждений этими предметами — расщепление, раздвигание и сдавление тканей (рис. 6). Вследствие расхождения мышц могут образовываться большие карманы, не соответствующие величине наружной раны.

К. Д. Янковская описала редкий случай смертельного исхода колотой раны верхней губы. Мальчик 14 лет играл во дворе с товарищами, занимаясь фехтованием на рапирах. Случайно рапира товарища попала ему в верхнюю губу. Мальчик побледнел, потерял сознание и упал. В больницу он был доставлен в крайне тяжелом бессознательном состоянии. На верхней губе на уровне левого угла рта, на 1,5 см выше каймы губ, располагалась округлой формы рана диаметром 0,5 см с ровными осадненными краями, не проникающая в полость рта. Была заподозрена субдуральная гематома. При люм-

бальной п
левосторон
мозговой
ции мозга
окрашенн
Затем нас
смотря на

При с
но, что ко
стенки вер
фект в ре
невой кана
распростра
было обна

Колот
поврежде
Они прич
одно или
нож, нож

В кол
нительны
вует шири
дополните
Для осно
ния (обти
дился под
раничител
острые, а
гой — закр
сти от фо
ких тканей
меньше ег

Рублен
ний, и их
дия, его ве
К рубящи
и др.

Если л
минает по
тупленные
подтечнос
является н
личительно
дополнител
зующихся,
их погруже

бальной пункции удалено 10 капель ликвора с примесью крови. При левосторонней трепанации черепа отмечено напряжение твердой мозговой оболочки, субдуральное кровоизлияние, отсутствие пульсации мозга. При пункции бокового желудочка мозга был получен окрашенный кровью ликвор, выходящий под высоким давлением. Затем наступило резкое ухудшение состояния пострадавшего и, несмотря на активные реанимационные мероприятия, ребенок умер.

При судебно-медицинском исследовании трупа было установлено, что колотая рана верхней губы через повреждение передней стенки верхней челюсти проникла в гайморову полость и через дефект в решетчатой кости — в переднюю черепную ямку, затем раневой канал проходил в веществе головного мозга длиной 12 см, распространяясь через левую лобную долю по основанию мозга, где было обнаружено повреждение левой передней мозговой артерии.

Колото-резаные раны представляют собой сочетание повреждений, характерных для резаных и колотых ран. Они причиняются орудиями, имеющими острый конец и одно или два лезвия (кинжал, перочинный или финский нож, ножницы).

В колото-резаной ране различают основной и дополнительный разрезы. Основной разрез на коже соответствует ширине клинка на уровне его погружения в ткани, дополнительный связан с извлечением клинка из раны. Для основного разреза характерны пояска загрязнения (обтирания клинка), осаднения (если клинок вводился под углом), а также отпечатки рукоятки или ограничителя. Концы раны при обоюдной заточке лезвия острые, а при односторонней — один конец острый, другой — закругленный, П-образный и т. д., в зависимости от формы обушка. Глубина раневого канала в мягких тканях может соответствовать длине клинка, быть меньше его, если он был не полностью погружен в ткани.

Рубленые раны отличаются обширностью повреждений, и их особенности зависят от остроты рубящего орудия, его веса и силы, с которой наносятся повреждения. К рубящим орудиям относятся топоры, косари, тяпки и др.

Если лезвие рубящего орудия острое, то рана напоминает по своему характеру резаную рану (рис. 7). Затупленные края орудия вызывают осаднения и кровоподтечность краев. Основным признаком рубленых ран является нарушение целостности кости (рис. 8). На коже отличительной их особенностью может служить наличие дополнительных разрывов в области концов ран, образующихся, в частности, от носка или пятки топора при их погружении в рану.

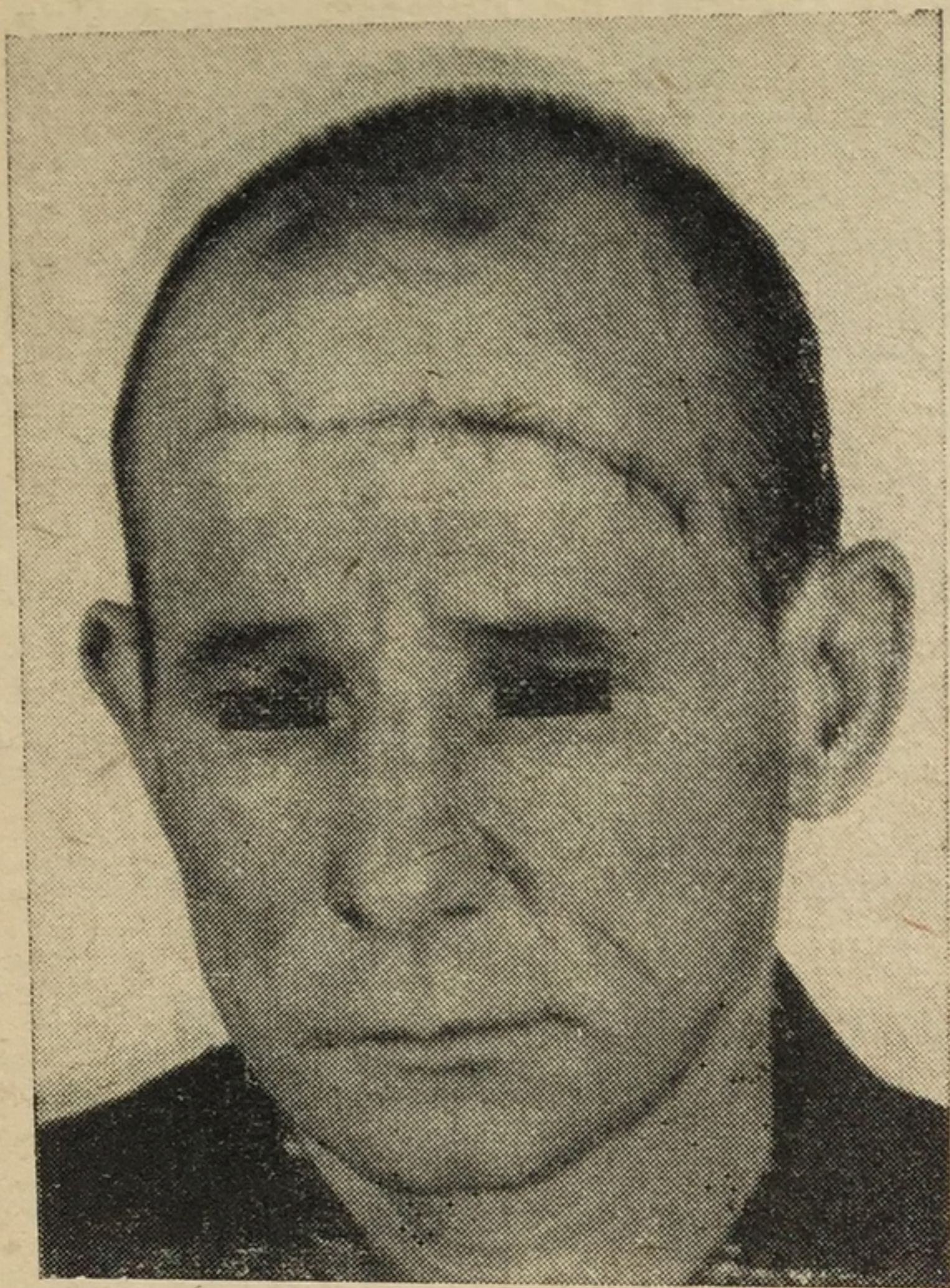


Рис. 7. Рубец на лице после заживления рубленой раны, причиненной топором.



Рис. 8. Рубленая рана лица, причиненная топором.

Гр-ке В., 25 лет, во время ссоры бывший муж нанес несколько ударов топором по голове и лицу. Прибежавшие на крик соседи обнаружили ее на полу, и соседка (врач) руками сдавила ее разрубленное пополам лицо и удерживала до приезда машины скорой помощи. В больнице было обнаружено, что на лице пострадавшей от границы роста волос на лбу до подбородка вертикально располагается зияющая обширная рана, проникающая в полость черепа, нос и рот. Через поврежденную в двух местах твердую мозговую оболочку выпадает вещество правой лобной доли головного мозга. Веки правого глаза рассечены, глазное яблоко размозжено. Губы и альвеолярный отросток верхней челюсти рассечены, передние зубы разрушены. Мягкие ткани отслоены справа до угла нижней челюсти. На волосистой части головы были обнаружены четыре раны, проникающие до кости, а на ребре левой ладони имелась рана с переломом V пястной кости.

На рентгенограммах установлен перелом нижне-орбитального края правой глазницы, височного отростка скуловой кости с полным расхождением отломков и перелом правой лобной кости. Была произведена хирургическая обработка ран с удалением поврежденных тканей. Заживление — первичным натяжением.

При судебно-медицинской экспертизе гр-ки В. были установлены рубцы бледно-розового цвета, запавшие, плотные, рубец на лице резко выделялся. Пра-

вая половина
верхней челю-
бы, на нижней
Ретроград
половину носа
Поврежде
черепа, были
дение М. Ф.

При пов
острыми пр
нения, обус
поврежденн
Кровотеч
быстро и са
чительно и
вотечению и
ная кровопо
ной челюсти
верхностной
нение основ
следует рас
дение.

При нане
ми, вследствие
асимметрия

При повр
не прикрыва
слезотечение
может сопр
ветвей лице
ветствующих

Поврежде
вает перекаш
вания и речи

Неполная
также их сд
паралич, кото
вследствие в
резка ствола
тельных мыш
рону.

При ране
нии к корню
нерв.

вая половина лица — запавшая. Правый глаз отсутствовал. На верхней челюсти отсутствовали слева 1, 2-й, справа 1, 6, 7-й зубы, на нижней справа 1—4-й зубы, а 5-й и 6-й были сломаны.

Ретроградная амнезия не наблюдалась, дыхание через правую половину носа затруднено, при разговоре — резкая шепелявость.

Повреждения как опасные для жизни, проникающие в полость черепа, были отнесены к тяжким телесным повреждениям (наблюдение М. Ф. Леонова).

При повреждениях мягких тканей лица, причиненных острыми предметами, могут возникать различные осложнения, обусловленные характером травмы, особенностью поврежденных тканей и исходами травмы.

Кровотечение из поверхностных ран останавливается быстро и самостоятельно. При глубоких ранах оно значительно и может привести к тяжелому наружному кровотечению или образованию крупных гематом. Массивная кровопотеря может возникнуть при ранениях наружной челюстной артерии, поперечной артерии лица, поверхностной височной артерии, а также лицевых вен. Ранение основного ствола наружной челюстной артерии следует рассматривать как опасное для жизни повреждение.

При нанесении ран, причиненных острыми предметами, вследствие повреждения мышц и нервов возникают асимметрия лица, искривления губ и углов рта.

При повреждении верхней ветви лицевого нерва глаз не прикрывается полностью верхним веком, возникает слезотечение. Ранение щечной и околоушной областей может сопровождаться повреждениями двигательных ветвей лицевого нерва с последующим параличом соответствующих мышечных групп.

Повреждение мышечной ветви лицевого нерва вызывает перекашивание рта, слюнотечение, затруднение жевания и речи.

Неполная перерезка лицевого нерва и его ветвей, а также их сдавливание в результате травмы вызывают паралич, который через несколько недель может пройти вследствие восстановления проводимости. Полная перерезка ствола лицевого нерва вызывает паралич двигательных мышц с перекашиванием лица в здоровую сторону.

При ранениях подчелюстной области или в направлении к корню языка может повреждаться подъязычный нерв.

При повреждении жевательных мышц как в результате самой травмы, так и в исходе последующего рубцевания может нарушаться акт жевания. Сквозные ранения нарушают герметичность полости рта, затрудняют присасывание жидкости и глотательные движения.

Ранение острыми предметами может повлечь за собой повреждение слюнных желез и их протоков.

Поверхностные раны заживают быстро первичным натяжением. Глубокие резаные, колотые и рубленые раны могут инфицироваться и вызывают расстройство здоровья. При действии тупых и острых предметов нередко возникают повреждения околоушных желез и языка.

При поражении протока околоушной железы слюна обильно выделяется в рану, ограниченное повреждение (дольки железы) может быть не диагностировано. Ранение обнаруживается через несколько дней или недель, когда формируется свищ. Проникновение инфекции через свищ вызывает флегмону околоушной железы или дна полости рта.

Повреждения языка наблюдаются при падении от закусывания зубами, при эпилептических припадках, травме острыми предметами (рыболовный или вязальный крючок). Они весьма обширны при тяжелых травмах лица. Такие раны зияют или имеют рваный вид. Нередко в них обнаруживаются инородные тела (осколки стекла, части мундштука, зубы и др.).

Раны языка линейные, поперечные или продольные, с разрывами, отрывами части или всего языка. Они сильно кровоточат, нарушают движения языка, препятствуют продвижению пищи, нормальной очистке полости рта.

ТРАНСПОРТНАЯ ТРАВМА

При транспортной травме повреждения мягких тканей лица могут быть характерными для данной травмы (автомобильная, железнодорожная, авиационная и др.), специфическими для ее конкретного вида, а также нехарактерными, встречающимися в самых разнообразных случаях.

При автомобильной травме характер повреждения мягких тканей лица зависит от вида и фазы травмы.

При столкновении движущегося автомобиля с человеком могут возникнуть характерные повреждения вследствие удара частями автомобиля в лицо (I фаза трав-

мы). Так возникают повреждения, соответствующие по форме, строению и размерам части радиатора, в виде узорчатых ссадин и кровоподтеков. У современных автомобилей такие повреждения мягких тканей лица имеют место от удара облицовкой радиатора, выступающих молдингов, болтов, крюков и др. При отбрасывании тела и скольжении его по покрытию дороги (IV фаза) возникают характерные следы волочения в виде параллельно расположенных царапин на коже лица. Все другие многочисленные повреждения мягких тканей в виде ссадин, кровоподтеков и ран обычно являются нехарактерными и возникают от касательных ударов выступающими частями автомобиля (I фаза), падении на него (II фаза), ударе о грунт (III фаза).

При выпадении из движущегося автомобиля в мягких тканях лица из числа характерных повреждений могут встречаться следы волочения, а также нехарактерные повреждения в виде относительно незначительных поверхностных повреждений (ссадин, кровоподтеков и ран при ударе лицом о грунт), иногда в сочетании с переломами костей лицевого скелета. Повреждения мягких тканей лица могут возникнуть при падении на туловище, вследствие повторного удара лицом о дорогу.

При переезде тела человека колесами автомобиля к специфическим повреждениям относятся отпечатки рельефа протектора колеса (рис. 9), а к характерным повреждениям — следы волочения. Возникает деформация головы с вторичным повреждением мягких тканей, вследствие многооскольчатых открытых переломов, в частности, верхней челюсти и скуловых костей. В результате разрушения костей основания черепа вещество головного мозга может выдавливаться в носовые ходы, полость рта и наружные слуховые проходы.

При сдавлении тела человека между частями автомобиля и другими предметами и преградами может возникнуть деформация головы со значительными переломами костей лицевого скелета с разнообразными повреждениями мягких тканей лица, весьма сходными с повреждениями, возникающими при переезде колеса.

При повреждениях в кабине автомобиля у водителей и пассажиров в мягких тканях лица возникают чаще всего ссадины и раны. При ударе о ветровое стекло дверц возникают резаные раны на выступающих частях лица — на лбу, в области надбровных дуг, на носу, губах, под-



Рис. 9. Отпечаток протектора на лице при автомобильной травме.

бородке и реже на щеках. В глубине этих ран обнаруживаются осколки стекла. Может возникнуть частичное или полное отделение мягких тканей — части носа, губ, ушных раковин и др. Вследствие удара о рулевое колесо, панель щитка управления, раму и растяжку ветрового стекла и другие части кабины возникают ушибленные и ушибленно-рваные раны. Нередко травма мягких тканей лица сочетается с повреждениями костей лицевого скелета, особенно нижней челюсти, и зубов с разрывом слизистой десен и губ.

При комбинированной травме характер повреждений мягких тканей лица определяется сочетанием различных ее механизмов.

При железнодорожной травме на коже и в мягких тканях лица могут обнаруживаться следы смазочных веществ, антисептиков, угля и материалов балластного слоя пути.

При перекатывании через тело колес железнодорожного транспорта могут возникать обширные повреждения головы с отделением кожи лица вместе с подлежащими костями (рис. 10).

Характерный признак — полоса давления, образующаяся от перекатывания катящейся поверхности колеса и придавливания части тела гребнем колеса к подошве рельс, бывает обычно выражена слабо. Возникают мно-

Рис. 1

гоосколы
менты к
тканями
две част
ками отд
ности в д
кровоизл
жизненно
При п
когда ли
слоя пути
гой хара
возникает
лесного д
жается в
этом лоск
ние, соотв
диска, что
лотне же
в подборо
никновени
и чаще др
К друг
действием
следы воло



Рис. 10. Отделение лица и головы на уровне полости рта при железнодорожной травме.

гооскольчатые переломы костей лицевого скелета, фрагменты которых чаще всего сохраняют связь с мягкими тканями лица. Колесный гребень разделяет голову на две части, а кожа с мягкими тканями и костными осколками отделяется. В прилежащих мягких тканях, в частности в диафрагме полости рта, возникают массивные кровоизлияния, которые служат доказательством прижизненности травмы.

При перекатывании колес через шею, в тех случаях, когда лицо обращено вверх или касается балластного слоя пути боковой поверхностью, на лице возникает другой характерный признак — полоса обтирания. Она возникает в результате трения боковой поверхности колесного диска в момент перекатывания, когда оно погружается в тело катящейся поверхностью бандажа. При этом лоскутки осадненного эпидермиса имеют направление, соответствующее направлению вращения колесного диска, что важно для суждения о положении тела на полотне железной дороги. Полоса обтирания образуется в подбородочной и подчелюстной областях иногда с возникновением ран и переломов костей лицевого скелета и чаще других — нижней челюсти.

К другим типичным повреждениям, не связанным с действием перекатывания колес через тело, относятся следы волочения. Они возникают при фиксации одежды

или конечностей к частям движущегося железнодорожного транспорта. Волочение тела по балластному слою пути, а также удары о путь приводят к возникновению параллельно расположенных ссадин, царапин, а также ушибленных, лоскутных и скальпированных ран мягких тканей лица.

При железнодорожной травме возникают также разнообразные нехарактерные повреждения мягких тканей лица (при отбрасывании жертвы частями железнодорожного транспорта, сбрасывание жертвы, прыжках из поезда и др.).

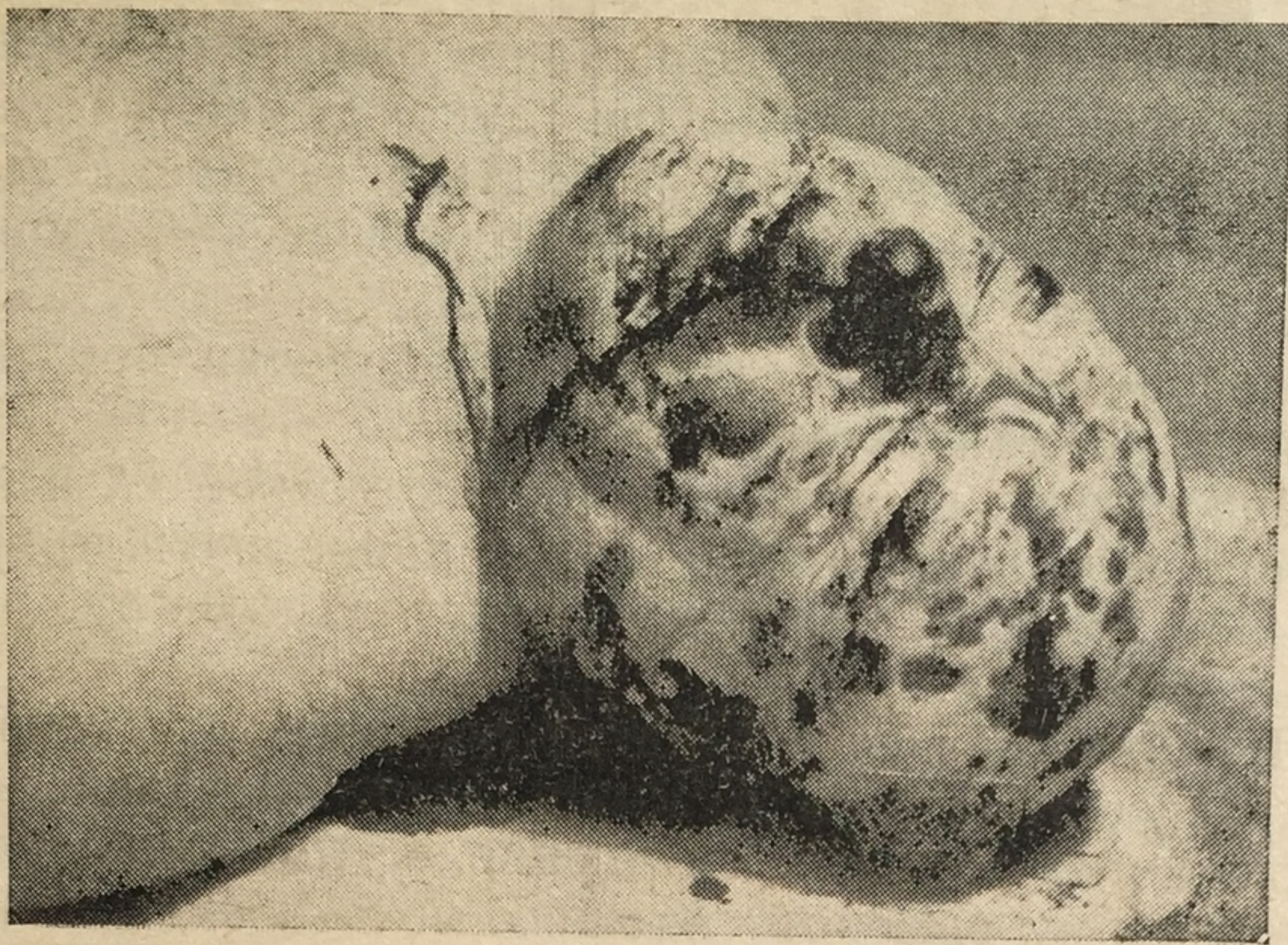
При авиационной травме возникают разнообразные повреждения мягких тканей лица как в результате ударов о части кабины или салона, так и в результате выпадения из самолета, ударов о поверхность земли и находящихся на ней предметов. При взрыве горючего и пожаров возникают тяжелые ожоги, вплоть до обугливания, когда необходимо производить идентификацию трупа, в частности, по стоматологическому статусу.

ОЖОГИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Действие высокой температуры, электротока и прижигающих жидкостей характеризуется главным образом ожогами мягких тканей лица. Повреждения лица являются наиболее частой ожоговой травмой.

Ожоги I степени представлены эритемой, десквамацией эпителия и по существу являются поверхностными, повреждающими лишь эпидермис. Отек и эритема на трупe отсутствуют, место ожога имеет желтоватый цвет, суховатое, шелушащееся. При ожогах II степени повреждаются поверхностные слои дермы с образованием пузырей. На трупe пузыри подсыхают, приобретают пергаментную плотность желтоватого или буро-красного цвета. При ожогах III степени возникают повреждение дермы, вплоть до глубоких слоев, частичная потеря кожи. На трупe участки ожога представлены беловатым или серовато-беловатым струпом с демаркационным воспалением (если после ожога человек жил). При ожогах IV степени наступает деструкция всей кожи, подкожной клетчатки и подлежащих слоев с обугливанием их (рис. 11).

Для ожогов лица характерен выраженный отек, что придает пострадавшим «ужасный вид». В зависимо-



*Рис. 11. Ожоги лица II—IV степени в результате взрыва
светильного газа.*

сти от глубины омертвения кожи при ожогах I—II степени отек проходит в течение от 3 до 15 дней, восстанавливается и нормальное строение кожи. Особенно «ужасный вид» имеют ожоги лица горячим битумом, смолой или при взрывах, когда эпидермис импрегнируется копотью, металлической или карбидной пылью и другими мельчайшими инородными телами. После отторжения поврежденных слоев кожа лица очищается и приобретает нормальный вид.

Глубокие ожоги лица (III и IV степени) сопровождаются отеком, распространяющимся даже на шею и грудь. Сроки рассасывания затягиваются, в ожоговых ранах появляются корочки. В области заживших ожоговых ран наблюдаются различные формы дерматозов, в частности сикоз. При интенсивном действии термического агента, когда возникает тотальное поражение кожи лица, развиваются грануляции, дефекты и рубцовые деформации, выпадение ресниц и бровей.

Характерно защитное смыкание век в момент травмы и сохранение их от повреждения.

Опыт оперативного лечения рубцов показывает, что под влиянием термической травмы мимическая мускулатура не омертвевает, а ее рубцовые изменения имеют вторичное происхождение.

В редких случаях возникают ожоговые поражения костей лицевого скелета. При глубоких ожогах лба зона поражения может распространяться на кость, вызывая остеонекроз передней и даже задней стенок лобной пазухи. Гнойная инфекция, осложнившая ожог, вызывает воспаление не только слизистой оболочки придаточной полости, но и мозговых оболочек.

При ожогах носа чаще поражаются кончик и крылья его, при этом повреждение может проникнуть до хрящей, вызывая хондрит. В исходе — неизгладимые рубцы с деформацией носа.

При ожогах щек и области скуловых дуг некроз может распространяться до мышц. Гранулирующие поверхности иногда заживают медленно, а рубцевание приводит к вторичному вывороту нижнего века и смещению угла рта кнаружи. При IV степени ожога наблюдается некроз скуловой кости и угла нижней челюсти.

При ожогах губ возникает некроз красной каймы, которая, заживая под струпом, замещается слизистой оболочкой. При глубоких ожогах кожной поверхности вследствие рубцевания происходит выворот красной каймы и слизистой внутренней поверхности с деформацией губы.

Остеонекроз при электроожогах протекает без признаков острого воспаления, и удаление поврежденных костных фрагментов не грозит распространением и генерализацией инфекции.

Ожоги лица представляют опасность тем, что они часто сопровождаются ожогами верхних дыхательных путей. Одним из осложнений ожоговых рубцов является их келоидное перерождение. Первые признаки образования келоидных рубцов можно видеть через 3 недели после эпителизации раны, к 5—7 месяцам они достигают наибольшего развития. В таких рубцах отсутствуют придатки кожи и эластические волокна, наблюдаются гиперкератоз, акантоз, паракератоз, очаги воспаления и дегенерации. Соединительнотканная основа рубца состоит из грубоволокнистых плотных пучков коллагеновых волокон, местами разрыхленных, со скоплением мукополисахаридов, что свидетельствует о деколлагенизации соединительной ткани. Они наблюдаются чаще всего между ртом и шеей. Отмечается также повышенная склонность кожи лица к образованию грубых рубцов и келоидов после операций, произведенных в связи с ожоговой травмой.

Ра
броз
фиров
ткани

Де
лоидн
Они н
смеща
а расп
обусло
рубцы
(В. С.

Огн
военное
осколк
снарядо
вок. В
ки и вст
мелом
ных слу
ничьего,
дающее
ные сна
ные тка
чившие
нестрель

Огне
висит от
живой с
и локали
силы по
вреждени

При
касатель
ла, котор
подлежа
зуется пл
мягких т

При г
лении ог
крытого с

Различают истинные келоиды — специфический фиброз собственно кожи — и «келоидные», или гипертрофированные рубцы, построенные из отечной рубцовой ткани, стягивающие окружающую кожу.

Деформации, обусловленные как грубыми, так и келоидными рубцами, могут быть весьма значительными. Они не только выворачивают нижнюю губу, веки, но и смещают кпереди альвеолярный край нижней челюсти, а расположенные в области носовых и слуховых ходов обуславливают нарушения дыхания и слуха. У детей рубцы вызывают нарушение роста лицевого скелета (В. С. Дмитриева).

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Огнестрельные повреждения мягких тканей лица в военное время чаще всего возникают вследствие ранений осколками при взрывах ручных гранат, артиллерийских снарядов и мин, реже — пулями от автоматов и винтовок. В мирное время эти повреждения сравнительно редки и встречаются, как правило, при неосторожном и неумелом применении огнестрельного оружия, при несчастных случаях и т. п., в основном при ранениях из охотничьего, самодельного или дефектного оружия. Повреждающее действие оказывают и так называемые вторичные снаряды — частицы кирпича, дерева, иногда плотные тканевые частицы (осколки зубов) и другие, получившие кинетическую энергию в результате действия огнестрельного оружия.

Огнестрельные повреждения разнообразны, что зависит от вида оружия, размеров и формы снаряда, его живой силы, дистанции выстрела, а также от характера и локализации ранения и направлений повреждающей силы по отношению к мягким тканям лица, глубины повреждения и т. д.

При поверхностных ранениях мягких тканей лица по касательной возникают линейные раны в виде полуканала, которые ограничены только кожей или захватывают подлежащие жировую клетчатку и мышцы. Иногда образуется плоская рана, имеющая неровные края и дефект мягких тканей.

При глубоких ранениях лица во фронтальном направлении огнестрельная рана имеет вид пулевого канала, открытого сверху, и наряду с мягкими тканями поврежда-

ются кости лицевого скелета, головной мозг и другие органы. Пуля или осколок могут застрять в крыло-небной, подвисочной или подчелюстной областях или проникнуть в полость рта с повреждением языка, слизистой оболочки, твердого или мягкого неба. При ранениях на уровне глазниц повреждаются глаза, веки, может произойти вскрытие лобной пазухи и гайморовой полости. Ранения щек могут быть одиночными и множественными, сопровождаются повреждением лицевого нерва и слюнной железы. Могут наблюдаться отрывы носа, мягких тканей шеи, а также части или всей верхней челюсти.

Ранения приротовой области и губ характеризуются значительным зиянием раны с быстро развивающимся отеком рыхлой подкожной клетчатки, при этом нередко повреждаются челюсти. Ранения в подбородочной области могут привести к отрыву мягких тканей и часто комбинируются с повреждениями нижней челюсти.

Наряду с касательными, слепыми и сквозными огнестрельными повреждениями мягких тканей встречаются рикошетирующие ранения. Л. С. Свердлов описал редкий случай двойного внутреннего рикошета с повреждением мягких тканей лица.

Гр-ка Д. была убита из револьвера системы «Наган». Пуля, попав в правую височную область, прошла через лобную кость и вещество головного мозга сзади наперед, сверху вниз, справа налево и, ударившись о край правой надбровной дуги, повернула книзу и вошла в полость носа. Она разрушила кости спинки носа, прошла через перегородку носа и достигла преддверия рта. Ударившись о десну над вторым верхним левым резцом, пуля вновь изменила направление и вышла наружу, образовав на верхней губе щелевидное выходное отверстие.

При ранении из охотничьего ружья обнаруживаются в мягких тканях дробь и части пыжа, изготовленного из бумаги, материи, ваты и др.

При огнестрельной травме мягких тканей лица следует учитывать повреждающее действие ударной волны. При этом, по Г. М. Иващенко, наблюдаются гиперемия, кровоизлияния на коже лица (I степень), образование пузырей (II степень), ссадины, срыв рогового слоя (III степень), разрушение кожи, подкожной клетчатки и травматическая ампутация мягких органов — ушной раковины, носа (IV степень), разрушение и травматическая ампутация мягких тканей лица и лицевого скелета (V степень). Особенно опасны прямые удары взрывной

волны в лицо. При открытом рте или в момент вдоха может произойти обширный разрыв мягких тканей лица с разрушением придаточных пазух носа и верхней челюсти.

Среди осложнений огнестрельных повреждений мягких тканей лица чаще всего развиваются гнойные и воспалительные процессы, параличи лицевого нерва, свищи околоушной железы, неизгладимые рубцы и стойкие мышечные контрактуры.

ДЕЙСТВИЕ ЛУЧЕВОЙ ЭНЕРГИИ

Лучевое поражение мягких тканей лица наблюдается как при местном, так и общем действии радиации. При однократном местном лучевом поражении кожи лица характер изменений зависит от дозы радиации, а также от индивидуальной чувствительности к ней. При дозе радиации до 450 R на 3-й неделе развиваются шелушение эпидермиса, нестойкая эпиляция. Эпидермис истончается, в дерме умеренная воспалительная реакция. Увеличение дозы радиации обуславливает развитие эритемы. На 2—3, 6-й и 9-й неделях наблюдается отек кожи, выражена эпиляция и интенсивно развивается пигментация кожи. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. При дозах радиации 800—1200 R вслед за эритемой через несколько дней на коже появляются пузырьки, заполненные серозно-гнойным содержимым: на месте разрушенной пузырьной оболочки возникает гноящаяся поверхность, лишенная эпидермиса. Процесс эпителизации занимает 2—3 месяца. Кожа становится сухой и дряблой, местами пигментирована, появляются телеангиэктазии. На участке облучения образуется атрофический рубец. Резко выражена эпиляция. Поздним исходом являются образование лучевой язвы, рак кожи и хроническая лучевая реакция.

При дозах радиации 1200—1500 R и больше уже на 2—4-е сутки развивается некроз тканей, особенно в местах прилегания кожи к хрящам и костям: в области лба, скуловых костей, спинки и крыльев носа, по краю нижней челюсти и в области хрящей ушной раковины. Лучевая язва имеет неровные, подрывные края, покрыта гнойным отделяемым. Процесс заживления длителен, иногда язвы не заживают без оперативного вмешательства. После заживления образуются гладкий, втянутый

рубец, пигментация, телеангиэктазии, участки депигментации.

При многократном местном облучении развиваются на лице экссудативные радиоэпидермиты (доза 3000—5000 R). Кожа резко гиперемирована, отечна. Появляются пустулы и пузыри, после которых остается эрозивная поверхность, покрываемая коркой и медленно, в течение 1—1½ месяцев, эпителизирующаяся. После вскрытия пузырей могут образоваться лучевые язвы. При многократном действии малых доз возникают хронические лучевые поражения кожи.

При общем облучении организма на лице наблюдается эпиляция и петехиальная сыпь. В тяжелых случаях наблюдаются гиперемия и отечность кожи. Во втором периоде эти явления проходят, а ранним проявлением третьего периода лучевой болезни является эпиляция на лице и голове.

При повреждениях мягких тканей лица (ушибленные, резаные, огнестрельные раны) на фоне общего лучевого поражения наблюдаются повышенная их кровоточивость, отсутствие воспалительной реакции, обширные кровоизлияния и некрозы, а также их замедленная регенерация.

Повреж
состав
приход
стей ли
ще все
реломы
(табл.
Пер
цевого
быть ч
ными.
линия
секает
образуя
полном
ма про
толщ
костные
соприка
емые со
стями н
чаях, в
тяги, ко
блюдают
гой — вк
В за
выделяю
ные пер
мента на
при отр
гут встре
ными де
Перел
крытыми

**СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА ПЕРЕЛОМОВ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ**

Повреждения челюстно-лицевых костей среди всех травм составляют 2,5—3,8%; на 10 000 городского населения приходится 2—3 такие травмы. Среди повреждений костей лицевого скелета чаще всего встречаются переломы нижней челюсти (табл. 4).

Переломы костей лицевого скелета могут быть частичными и полными. При частичном — линия перелома не пересекает всю толщу кости, образуя трещину. При полном — линия перелома проходит через всю толщу кости, и при этом костные отломки могут соприкасаться, удерживаемые сохранившимися ча-

стями надкостницы, сухожилий и мышц. В других случаях, в основном вследствие преобладающей мышечной тяги, костные отломки смещаются и, наконец, может наблюдаться вхождение одного костного отломка в другой — вколоченные переломы.

В зависимости от числа линий переломов среди них выделяют одиночные, двойные, тройные и множественные переломы. Переломы с разделением костного фрагмента на отдельные куски называются оскольчатыми, а при отрывании мелких осколков — раздробленными. Могут встретиться дырчатые переломы и переломы с крупными дефектами кости.

Переломы челюстно-лицевых костей могут быть открытыми и закрытыми. Если линия перелома проходит

Таблица 4

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРЕЛОМОВ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ
(ПО ДАННЫМ А. И. ЕВДОКИМОВА,
Г. А. ВАСИЛЬЕВА, Н. М. МИХЕЛЬСОНА,
В. С. ДМИТРИЕВОЙ И ДР.)

Кости лицевого скелета	Частота встречаемости переломов в %
Нижняя челюсть	60,0—82,0
Верхняя »	3,3—15,0
Скуловая кость и скуловая дуга	3,3—19,4
Кости носа	8,0—42,9

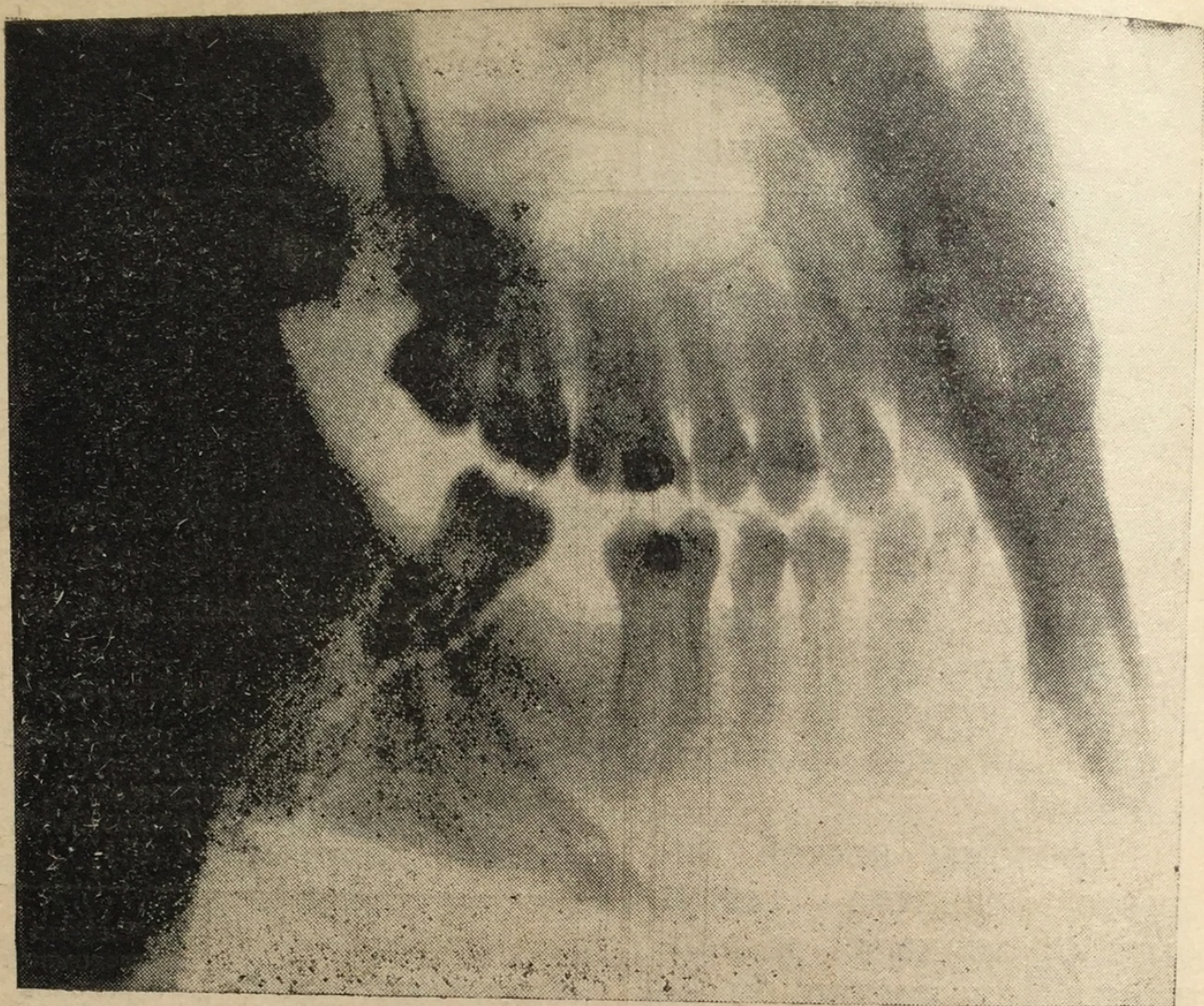


Рис. 12. Открытый перелом нижней челюсти. Отпечаток с рентгенограммы.

через альвеолярный отросток и зубной ряд, то происходит, как правило, разрыв слизистой оболочки, и даже при отсутствии повреждений наружных покровов лица такой перелом является открытым (рис. 12). Среди переломов различают прямые и не прямые. Прямые переломы возникают на месте приложения силы, не прямые — в пределах той же кости, но в отдаленном участке на месте ее наибольшего перегиба.

Кости лицевого скелета имеют связь с мозговым черепом, поэтому в ряде случаев повреждающая сила может передаваться и вызывать разрушающее действие, выходящее за пределы травмируемой кости. В этих случаях возникают дистанционные переломы.

Гр-на Л., 41 года, находившегося в сильной степени опьянения. Столкнули с лестничной площадки второго этажа на бетонированную площадку между первым и вторым этажами. Смерть наступила на месте происшествия.

При судебно-медицинском исследовании трупа в мягких тканях затылочной области слева были обнаружены ушибленная рана и кровоизлияние. Обширное кровоизлияние отмечено также под твер-

Рис.
а — вид со ст

дой мозгово
вые кровоиз
ловного моз
обнаружена
ложения сил
большое кр
заканчивала
Вторая ветв
части левой
турецкое се
кости.

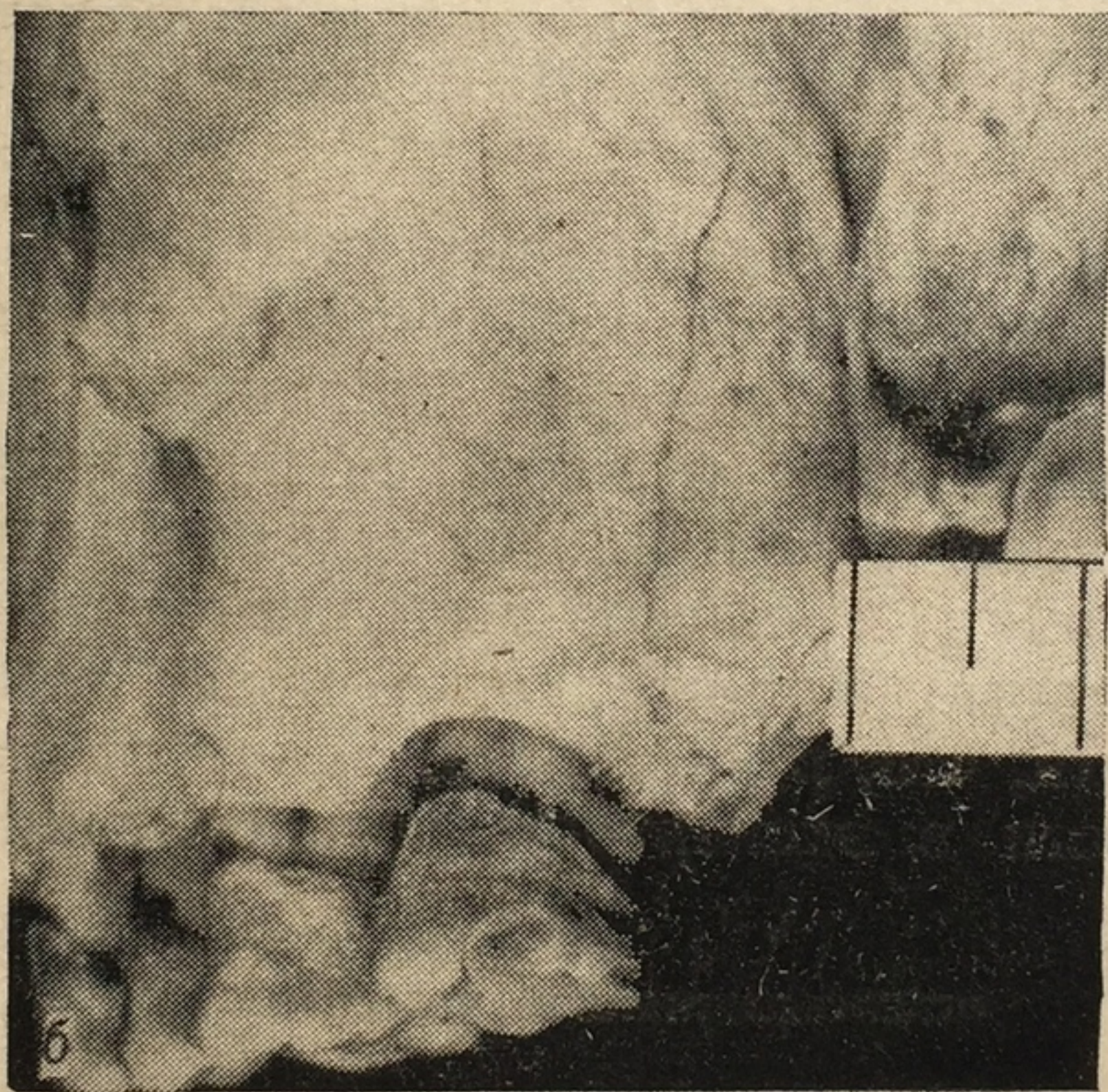
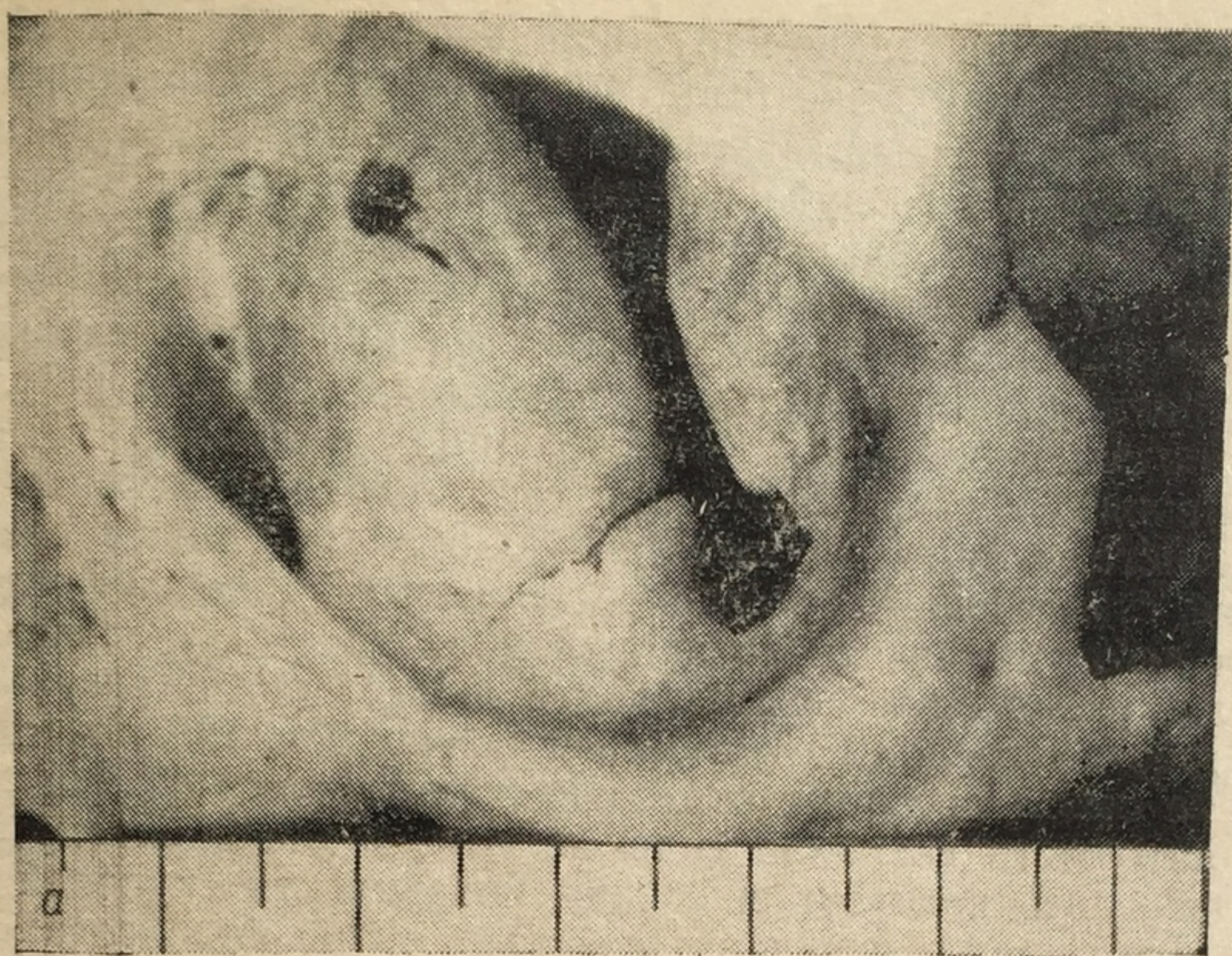


Рис. 13. Дистанционный перелом верхней челюсти.

а — вид со стороны левой глазницы; б — вид со стороны задне-наружной поверхности челюсти.

дой мозговой оболочкой в затылочной и теменных областях, очаговые кровоизлияния в мягких мозговых оболочках и в веществе головного мозга. В левой половине чешуи затылочной кости была обнаружена трещина в виде двух ветвей. Одна ветвь от места приложения силы, перейдя на чешую левой височной кости, пересекала большое крыло клиновидной кости и, дробясь на мелкие трещины, заканчивалась на продырявленной пластинке решетчатой кости. Вторая ветвь проходила к задне-внутренней поверхности каменистой части левой височной кости, затем, отклоняясь вправо, пересекала турецкое седло, распространяясь до пирамиды правой височной кости.

Кроме того, на задне-наружной поверхности верхней челюсти слева, в подвисочной ямке была обнаружена изолированная трещина. Она проходила в вертикальном направлении через задне-наружный край луночки 7-го зуба и тело челюсти, а затем через нижнюю глазничную щель, направлялась в левую глазницу, где располагалась по шву между верхней челюстью и скуловой костью. Локализация и направление этой трещины четкие, без признаков выкрашивания ее края, позволили расценить ее происхождение как результат прямого воздействия силы. Эта трещина возникла в результате растрескивания костной ткани за счет общей деформации черепа при воздействии силы на затылочную область головы слева в направлении сзади наперед и несколько слева направо. Возникающая при этом деформация черепа происходила за счет увеличения фронтального и укорочения сагиттального диаметров. В результате скуловые отростки височных костей несколько расходились в стороны, увлекая за собой височные отростки скуловых костей. На наружной поверхности кости возникли силы сжатия, и наибольшему растяжению подверглись вогнутая височная поверхность скуловой кости, а также прилежащая к ней наружно-латеральная подвисочная поверхность тела верхней челюсти, где и возникло растрескивание (рис. 13) (наблюдение Ю. Г. Артамонова, Д. Е. Джемс-Леви и В. С. Замиратова).

Переломы челюстно-лицевых костей весьма разнообразны, что зависит от особенностей многочисленных предметов и орудий, которые причиняют повреждения, от действующей силы и места ее приложения, состояния костного вещества и многих других факторов. Поэтому при описании переломов выделяются лишь основные их виды, которые, естественно, не могут отразить все их разновидности, что, в частности, является одной из причин сложности в экспертном установлении механизма травмы.

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Нижняя челюсть является единственной подвижной костью лицевого скелета, она наименее защищена от внешних воздействий, и механизм возникновения ее переломов в значительной мере определяется особенностями ее анатомической формы.

По своему строению она представляет совокупность трех арок, образованных сросшимися ветвями. Прочность кости в передне-заднем направлении обусловлена ее сагиттальным уплощением, а подковообразная форма передней части ведет к разложению ударной нагрузки на две составляющие, что почти в 2 раза снижает нагрузку, которая приходится на суставные отростки. Два боковых вертикальных дуговых изгиба как своеобразные амортизаторы также способствуют уменьшению нагруз-

ки на суставные отростки. С другой стороны, пластинчатое строение имеет и «слабые» места — шейка суставного отростка, угол челюсти и область клыка.

Различают переломы нижней челюсти от перегиба, сжатия, сдвига и разрыва. В. Н. Крюков считает, что все разнообразие в механизмах переломов может быть сведено в две группы: сгибательные и разгибательные переломы.

Сгибательные переломы возникают при увеличении выпуклости нижне-челюстной дуги. В этом случае на наружную костную пластинку действуют силы растяжения, а на внутреннюю — сжатия. Так как кость в прочностном отношении менее устойчива к растяжению, чем к сжатию, то на наружной пластинке образуется ровная, иногда волнистая линия перелома, которая в области тела челюсти (иногда и ветви) может раздваиваться, образуя треугольный отломок, основание которого располагается по нижнему или заднему краю челюсти. В участках растяжения наблюдаются макро- и микроскопические трещины, веерообразно идущие от линии перелома, образуя с ней острый угол. Вершина этого угла при переломе тела направлена кверху, а при переломе ветви челюсти — кпереди или кзади. На внутренней костной пластинке, где возникают силы сжатия, линия перелома оказывается зубчатообразной с отхождением от нее трещин, а края отломов накладываются друг на друга.

Сгибательный механизм наблюдается в основном при не прямых переломах.

Разгибательные переломы наблюдаются при уменьшении выпуклости нижнечелюстной дуги, когда силы растяжения возникают на внутренней костной пластинке, а сжатия — на наружной. Такие переломы могут быть как прямыми, так и непрямыми.

Экспертная практика показывает, что присущие для сгибательных и разгибательных переломов признаки более четко выражены только при повреждениях тела челюсти, между тем как травма угла, ветви и суставного отростка не имеет столь характерной картины.

При переломах нижней челюсти имеет значение взаиморасположение ее с верхней челюстью. Если челюсти сомкнуты, то зубные ряды фиксируют их, препятствуя боковому смещению нижней челюсти. Ударная нагрузка приходится на сторону приложения, где и возникает

перелом. Если челюсти разомкнуты, то, например, при ударе в челюсть в боковом направлении кость оказывается фиксированной только в области суставных отростков, а энергия удара распространяется на всю челюсть. В этом случае, не исключая возникновения перелома на месте приложения силы, наблюдается перелом шейки суставного отростка на противоположной стороне.

Перелом от перегиба возникает при действии силы на условно замкнутую систему изогнутой дуги нижней челюсти в направлении снаружи внутрь. На месте наибольшего перегиба — подбородочный отдел, область клыков, угол челюсти, шейка суставных отростков — наблюдается перелом кости. Такие переломы могут быть как прямыми, так и непрямыми.

Если действующая сила направлена с обеих сторон по горизонтальной плоскости, то наибольшее сгибание испытывает подбородочный отдел нижней челюсти, где на расстоянии 1—2 см от шва возникает перелом (рис. 14, а). Растяжение наружной костной пластинки и сжатие внутренней приводит к выкрашиванию линии перелома внутренней стороны и образованию здесь костного осколка. Если действующие силы несимметричны и с одной стороны они приходятся на угол челюсти или область больших коренных зубов, то перелом может возникнуть как на месте приложения силы, так и в области клыка или боковых резцов с другой стороны (рис. 14, б, в).

При резком ударе или сильном сдавливании подбородка (направление силы спереди назад) возникает прямой перелом на месте приложения силы и не прямой односторонний или двусторонний в области шейки суставного отростка (рис. 15, а). Одностороннее действие силы на широкую поверхность челюсти в горизонтальном направлении вызывает не прямые переломы на противоположной стороне в области шейки, а также в области клыка и малых коренных зубов (рис. 15, б). При этом же направлении силы, но при условии ее действия на ограниченный участок, возникает перелом на месте приложения силы, а также может произойти надлом шейки с противоположной стороны (рис. 15, в).

Удар в область подбородка может вызвать резкий перегиб кости в области перехода тела в ветвь и иногда возникает надлом угла нижней челюсти и односторонний или двусторонний перелом шейки суставного отро-

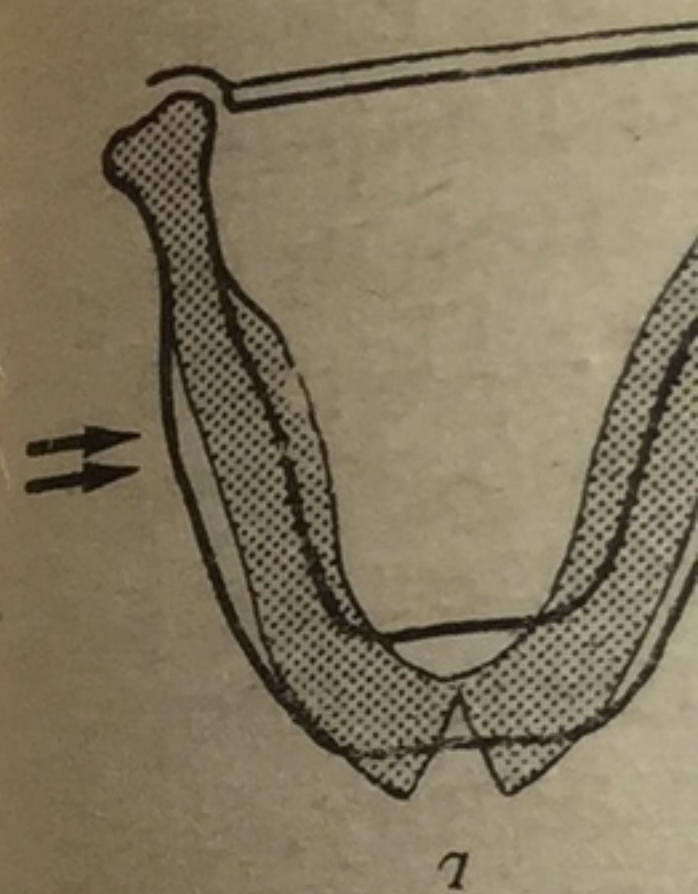


Рис.

а — не прямой перелом от
в — прямой

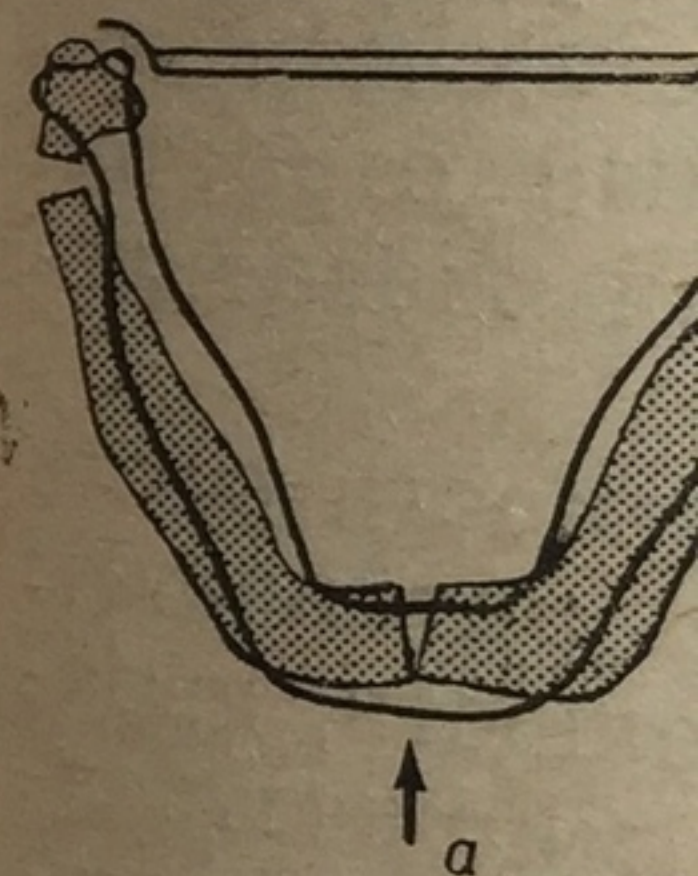


Рис. 15. Меха
а — не прямой дву
и прямой перелом
суставного отростка

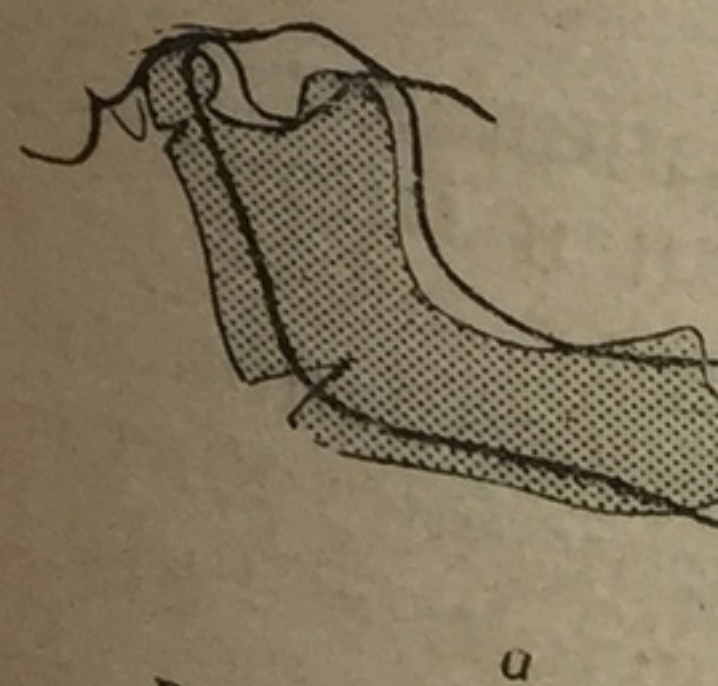


Рис. 16. Меха
а — перелом шейки
челюсти; б — перелом
4 Сवादковский Б.

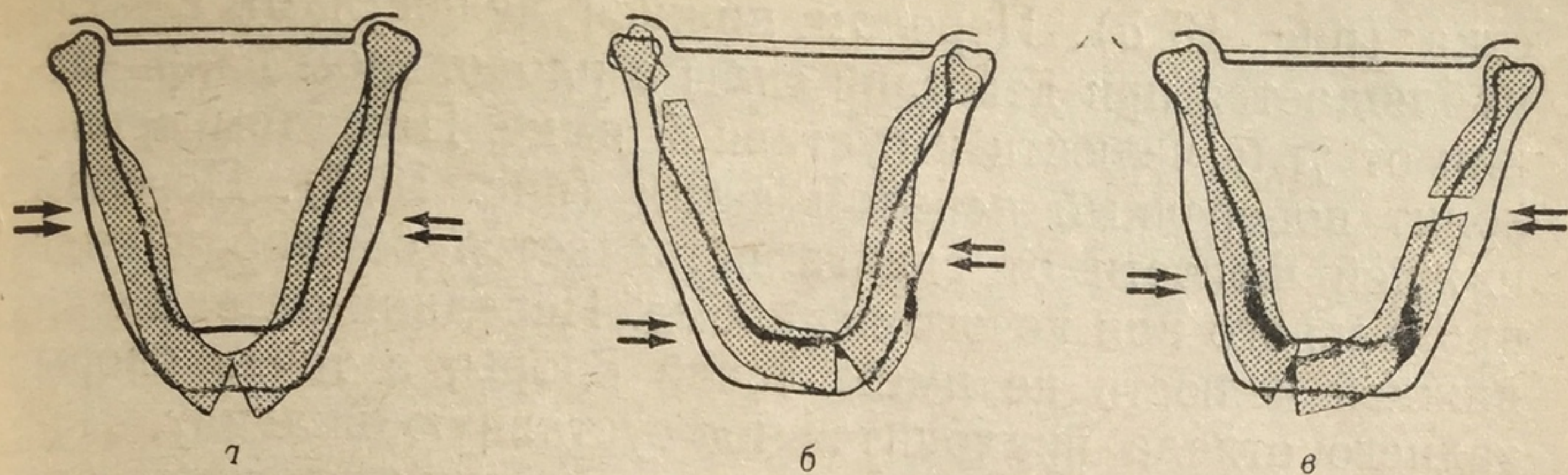


Рис. 14. Механизмы переломов нижней челюсти.

а — не прямой перелом от перегиба по средней линии подбородка; б — не прямой перелом от перегиба в области клыка и шейки суставного отростка; в — прямой перелом в области угла и не прямой в области клыка.

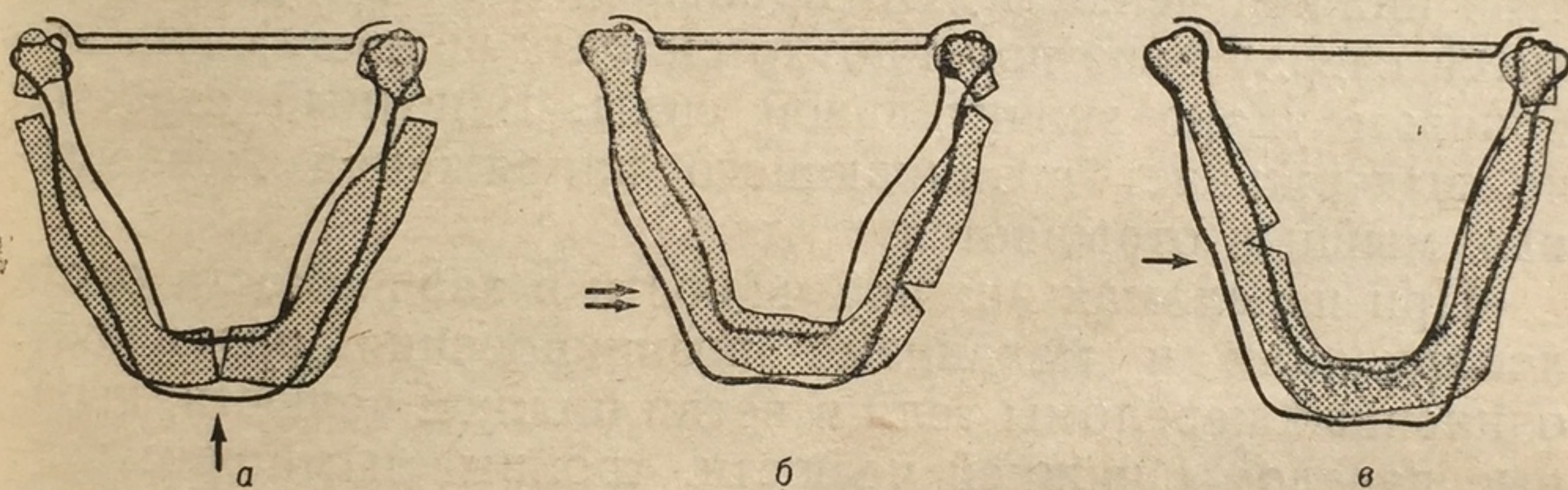


Рис. 15. Механизмы переломов нижней челюсти (продолжение).

а — не прямой двусторонний перелом шейки суставного отростка от перегиба и прямой перелом по средней линии подбородка; б — не прямой перелом шейки суставного отростка и в области клыка с одной стороны; в — прямой перелом ветви челюсти и не прямой перелом шейки.

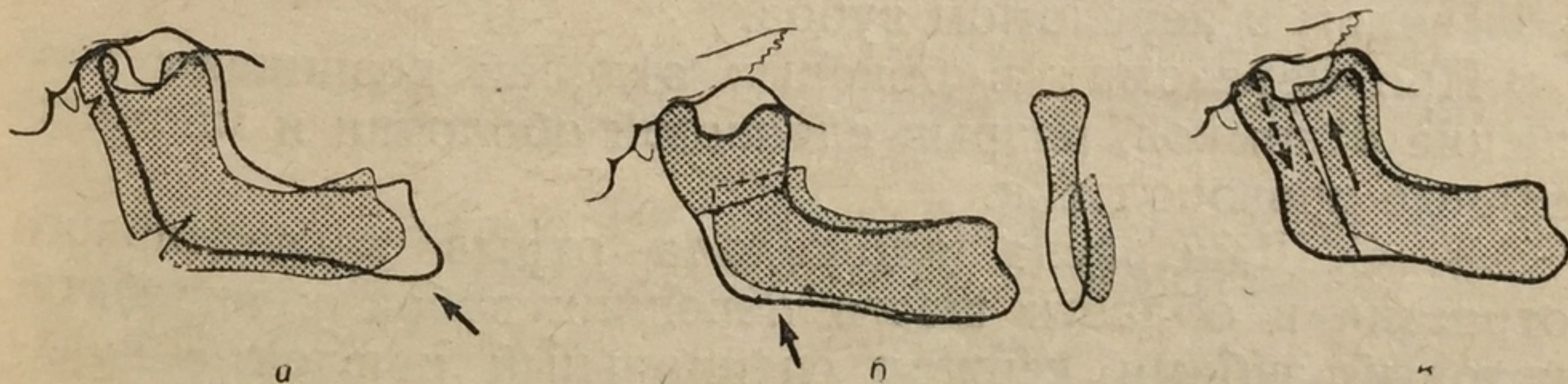


Рис. 16. Механизмы переломов нижней челюсти (окончание).

а — перелом шейки суставного отростка и надлом угла от перегиба по углу челюсти; б — перелом от сжатия по восходящей ветви; в — перелом от сдвига.

стка (рис. 16, а). Перелом нижней челюсти от сжатия наблюдается при действии силы в продольном направлении от угла челюсти к суставной ямке. При этом происходит поперечный перелом ветви (рис. 16, б). Перелом нижней челюсти от сдвига встречается обычно в виде продольного или косого перелома. Передний отдел ветви нижней челюсти не имеет точки опоры, а точка опоры заднего отдела приходится на суставную впадину. Поэтому при ударе впереди угла по проекции венечного отростка возникает продольный перелом, и передняя часть ветви, связанная с телом челюсти, скользит кверху в плоскости, параллельной заднему отломку (рис. 16, в). Косой перелом чаще возникает в области подбородка, когда действующая сила направлена снизу и косо вверх.

Перелом от разрыва встречается на венечном отростке нижней челюсти. Он происходит, когда удар наносится сверху вниз при плотно сжатых челюстях или при боковом ударе значительной силы. Венечный отросток не выдерживает возникающего напряжения жевательных мышц и отрывается.

При переломах нижней челюсти в зависимости от их локализации и механизма возникновения различают: одиночные переломы тела и ветви нижней челюсти, двойные переломы нижней челюсти, тройные и множественные переломы нижней челюсти, переломы нижней челюсти при частичном или полном отсутствии зубов.

Переломы альвеолярного отростка нижней челюсти встречаются редко (табл. 5) и возникают при непосредственном приложении силы к отростку или зубному ряду с губной или щечной поверхности зубов.

Альвеолярный отросток ломается в центральном или боковых отделах нижней челюсти. Перелом альвеолярного отростка в центральном отделе может быть полным с вывихом и переломом зубов.

При переломах в боковых отделах возникают смещение отломков, разрыв слизистой оболочки и множественные кровоподтеки.

В. С. Дмитриева наблюдала отрыв альвеолярного отростка в области шести передних зубов у акробата, который зубами держал специальный крючок с партнером.

Одиночные переломы могут возникать в центральном и боковом отделах, а также в области угла. При пере-

Одиночные

Переломы т
в том числе:
альвеоляр
центральной
бокового о
области уг

Переломы ве
в том числе:
собственно
суставного
венечного о

Двойные пер

в том числе:
центральной
бокового от
центральной
центральной
бокового от
ложной с
центральной
бокового от

Тройные и мн

ломах центр
ся незначите
вы слизистос
ся неповреж
челюсти на
висит от лок
релома.

При пере
зубов, если л

¹ Центральн
цов и клыков, б
коренного зуба

Таблица 5

ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЖИВЫХ ЛИЦ
(ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И М. Н. КИБОВСКОЙ)

Вид перелома	Число экспертиз	%
Одиночные переломы	234	56,0
Переломы тела нижней челюсти, в том числе:	166	—
альвеолярного отростка	2	—
центрального отдела	36	—
бокового отдела	86	—
области угла	42	—
Переломы ветви нижней челюсти, в том числе:	70	—
собственно ветви	21	—
суставного отростка	48	—
венечного отростка	1	—
Двойные переломы	166	39,8
в том числе:	—	—
центрального отдела	—	—
бокового отдела	43	—
центрального и бокового отделов	39	—
центрального отдела и области угла	22	—
бокового отдела и области угла противопо- ложной стороны	4	—
центрального отдела и ветви	31	—
бокового отдела и ветви	27	—
Тройные и множественные переломы	15	4,2
Всего	417	100,0

ломах центрального отдела нижней челюсти¹ наблюдается незначительное смещение отломков, небольшие разрывы слизистой оболочки и, как правило, зубы оказываются неповрежденными (рис. 17). При переломах нижней челюсти на боковых участках характер повреждения зависит от локализации травмы и особенностей линии перелома.

При переломах в области малых и больших коренных зубов, если линия перелома ровная и проходит по отно-

¹ Центральным отделом нижней челюсти считают область резцов и клыков, боковым отделом — участок кости от первого малого коренного зуба до угла челюсти.

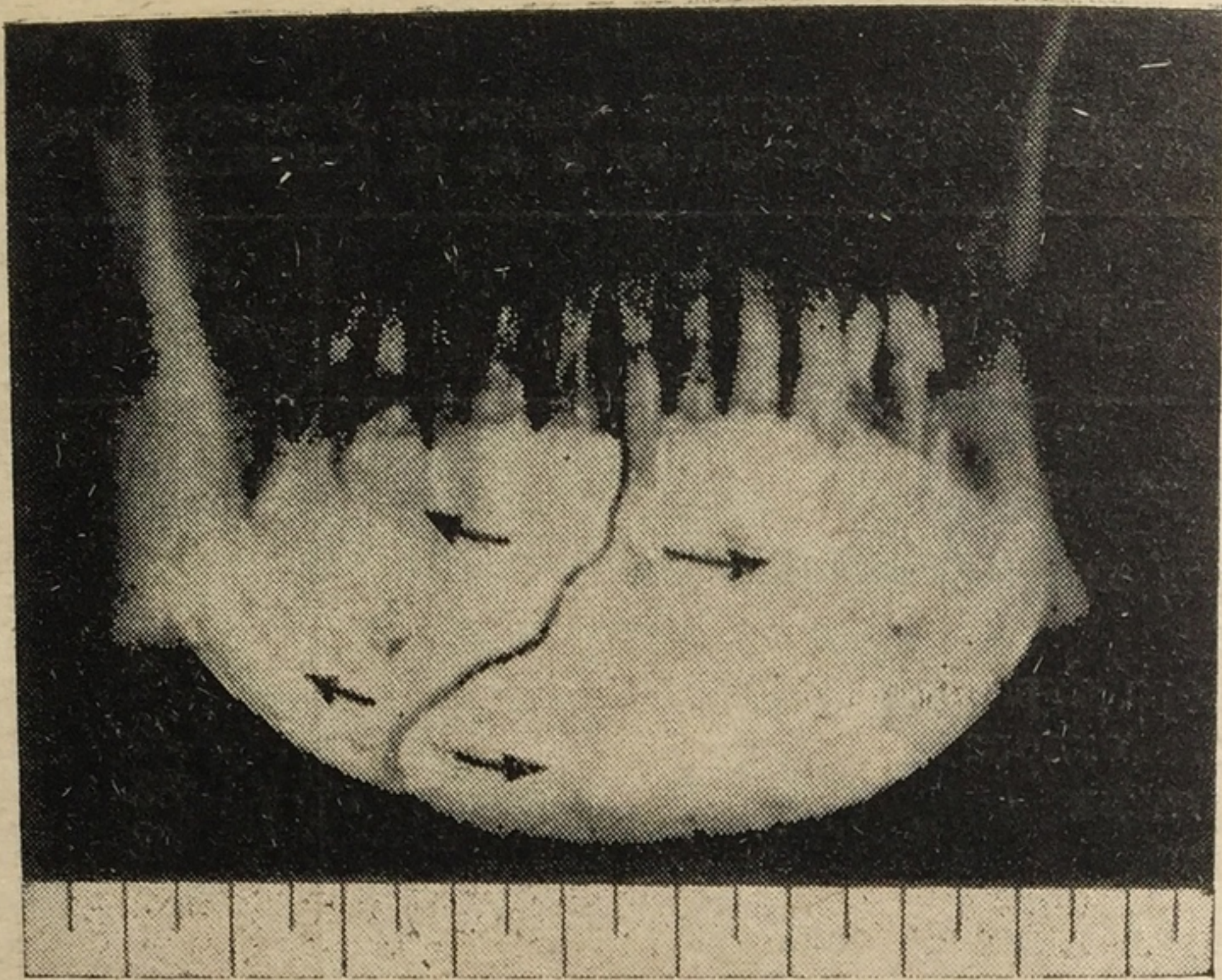


Рис. 17. Перелом нижней челюсти в центральном отделе.

щению к кости вертикально, наблюдаются значительное смещение отломков, крупные разрывы слизистой оболочки, вытяжение, надрыв или разрыв сосудисто-нервного пучка, и зубы большого отломка оказываются вне прикуса.

При косых переломах возникает смещение отломков как в вертикальном, так и горизонтальном направлении, в результате чего зубная дуга суживается и прикус полностью нарушается. При вколоченных переломах смещение отломков незначительное, если линия перелома зигзагообразная или ровная, но проходит в косом направлении сзади кпереди, так как отломки взаимно удерживают друг друга.

При экспертной оценке рентгенологической картины переломов нижней челюсти в боковых отделах следует учитывать, что на профильном снимке имеется одна линия перелома, а на фасном могут быть видны две линии, симулирующие оскольчатый перелом. Это имеет место в том случае, когда направление рентгеновых лучей при фасном снимке не совпадает с направлением перелома кости.

Переломы нижней челюсти в области угла могут быть как прямыми, так и непрямыми.

При повреждениях, причиненных с относительно небольшой силой, возникают поднадкостничные прямые переломы без смещения отломков. При действии значительной силы в зависимости от локализации перелома

может быть с
вать. Так, пр
реди жевател
щение отлом
поврежденной
лагается под
ков отсутству

Характерн
ней челюсти я
способствует
большой коре
инфекции.

Двойные п
боковом участ
в центральном
участке и в о
а также тела и

При двойн
ке отмечается
веолярного отр
оказывается н
зуют угол, отк

При двойны
ние отломков
так и горизонт
кают поврежде
исходит смеще
правлении, то в
вход в гортань
внешнего дыха

Переломы н
же переломы н
бывают как пр
ломков оказыва
проходит в обл
реломах на бок
положной сторо
ки, значительно
дисто-нервный
отек боковых о
является причин

При перелом
делах) и ветви
прямые, вторые

может быть смещение отломков, и может оно отсутствовать. Так, при переломе, линия которого проходит впереди жевательных и средней крыловидной мышцы, смещение отломков резко выражено и нарушен прикус на поврежденной стороне. Если же линия перелома располагается под жевательными мышцами, смещение отломков отсутствует.

Характерным осложнением при переломах угла нижней челюсти является травматический остеомиелит, чему способствует расположенный вблизи перелома третий большой коренной зуб, часто являющийся источником инфекции.

Двойные переломы тела могут быть в центральном, боковом участках, в боковом и центральном участках, в центральном участке и в области угла, в боковом участке и в области угла противоположной стороны, а также тела и ветви нижней челюсти.

При двойных переломах тела на центральном участке отмечается разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка, причем степень смещения отломков оказывается наибольшей, когда косые переломы образуют угол, открытый к зубному ряду.

При двойных переломах на боковых участках смещение отломков может происходить как в вертикальной, так и горизонтальной плоскости и, как правило, возникают повреждения сосудисто-нервного пучка. Если происходит смещение центрального отломка в язычном направлении, то вследствие смещения языка он закрывает вход в гортань, что вызывает механическое нарушение внешнего дыхания.

Переломы на боковом и центральном участке, а также переломы на центральном участке и в области угла бывают как прямыми, так и непрямыми, смещение отломков оказывается наибольшим, когда линия перелома проходит в область больших коренных зубов. При переломах на боковом участке и в области угла с противоположной стороны возникают разрывы слизистой оболочки, значительное смещение отломков, повреждается сосудисто-нервный пучок. Характерен быстро нарастающий отек боковых отделов лица, а присоединение инфекции является причиной травматического остеомиелита.

При переломах тела (в центральном или боковом отделах) и ветви нижней челюсти первые возникают как прямые, вторые — как не прямые; наибольшее смеще-



Рис. 18. Перелом тела нижней челюсти при отсутствии зубов. Отпечаток с рентгенограммы.

ние отломков происходит при переломах шейки суставного отростка и поперечных переломах ветви. Тройные и множественные переломы нижней челюсти характерны для транспортной, производственной и спортивной травм, а также для огнестрельных повреждений. Они сопровождаются повреждениями мягких тканей лица. Наблюдаются смещение отломков, грубое нарушение прикуса, повреждение зубов. Нередки сильные кровотечения и сочетание с черепно-мозговой травмой.

Переломы нижней челюсти с частичным или полным отсутствием зубов характерны для лиц старшего возраста. Утрата зубов, атрофия альвеолярного отростка, возрастной остеопороз обуславливают снижение механической прочности кости, особенно тела челюсти, где чаще встречаются переломы иногда при относительно небольших внешних воздействиях (рис. 18).

При переломах ветви нижней челюсти наблюдаются переломы собственно ветви, суставного отростка, венечного отростка.

При переломах собственно ветви в ее нижней трети чаще встречаются косые не прямые переломы, когда линия перелома идет косо сверху вниз и спереди назад (в 9,7%,

по В. С. Д
жевательны
ся. При сме
в сторону
сосудисто-н

В средн
тальные пер
этом отсутс
ней челюсти
денной стор

Вертикал
га при прил
в направлен
отломков мо
шой отломок
малый отло
кладывается
большого от
сутствие бол
ванной сторо

При двус
блюдается о
ломах он вы
положной та
место при п

Перелом
ронный и дву
ми тела и вет
реломе конц
направлении
лома. В резу
цом большого
передней стен
ется источник

При двуст
ли смещаются
да несимметри
ставных отрос
кзади, и возни
вает затрудне
могут сопровож

ми мениска и
Перелом су
встречается ча

по В. С. Дмитриевой). Если при этом не повреждены жевательные мышцы, смещения отломков не наблюдается. При смещении отломков зубной ряд сдвинут кзади и в сторону поврежденной ветви. Иногда повреждается сосудисто-нервный пучок и ниже-альвеолярный нерв.

В среднем отделе ветви чаще наблюдаются горизонтальные переломы со смещением отломков (13,7%), при этом отсутствует контакт между зубами верхней и нижней челюсти в переднем и боковом отделах на неповрежденной стороне.

Вертикальные переломы возникают в результате сдвига при приложении повреждающей силы к углу челюсти в направлении снизу вверх (в 16,6% случаев). Смещение отломков может происходить таким образом, что большой отломок подтягивается вверх и несколько вперед, а малый отломок не изменяет своего положения или накладывается на наружную или внутреннюю поверхность большого отломка. Смещению отломков способствует отсутствие больших и малых коренных зубов на травмированной стороне.

При двусторонних переломах собственно ветви наблюдается открытый прикус, а при вертикальных переломах он выражен незначительно на стороне, противоположной такому перелому. Нарушение прикуса имеет место при переломе ветви и тела нижней челюсти.

Перелом суставного отростка может быть односторонний и двусторонний, а также сочетаться с переломами тела и ветви нижней челюсти. При одностороннем переломе конец малого отломка смещается в латеральном направлении и весь зубной ряд смещен в сторону перелома. В результате удара суставной головкой или концом большого отломка может наблюдаться перфорация передней стенки наружного слухового прохода, что является источником кровотечения.

При двустороннем переломе суставного отростка, если смещаются два отломка, отмечается открытый, иногда несимметричный прикус. В тех случаях, когда оба суставных отростка смещены, нижняя челюсть смещается кзади, и возникающее при этом западение языка вызывает затруднение дыхания. Внутрисуставные переломы могут сопровождаться вывихом головки, повреждениями мениска и суставной сумки.

Перелом суставного отростка и тела нижней челюсти встречается часто. Челюсть смещается в сторону повреж-

денного отростка, перелом тела происходит в боковом отделе противоположной стороны. Двусторонние переломы суставных отростков наблюдаются при переломах тела в центральном отделе. При полном переломе тела смещение отломков и нарушение прикуса наиболее выражены.

При переломе суставного отростка и собственно ветви последняя повреждается на противоположной стороне. Наблюдается открытый прикус, зубной ряд смещается кзади и в сторону повреждения суставного отростка. Двойные переломы суставного отростка и собственно ветви встречаются редко.

Повреждения суставного и венечного отростков чаще односторонние и возникают как прямые переломы.

Переломы венечного отростка крайне редки и могут быть изолированными, а также в сочетании с переломами суставного отростка и скуловой дуги.

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Переломы верхней челюсти могут быть прямыми и непрямыми. Прямые переломы возникают в месте приложения силы. Чаще всего они причиняются тупыми твердыми предметами, имеющими широкую поверхность, а также при падении с высоты. Линия перелома обычно проходит по костным швам, соединяющим верхнюю челюсть с костями лицевого скелета, а также с основанием черепа. Непрямые переломы возникают главным образом тогда, когда действующая сила направляется снизу вверх или передается через носовые кости (отраженный перелом).

При большой повреждающей силе верхняя челюсть может быть вколочена в основание черепа или оторвана от своего основания.

Различают переломы тела верхней челюсти и ее отростков: альвеолярного, небного, скулового и лобного.

Переломы тела верхней челюсти могут быть типичными и нетипичными. К типичным относятся переломы, при которых повреждения распространяются по линиям — швам, соединяющим верхнюю челюсть с соседними костями лицевого скелета. При этом наблюдается в основном три типа повреждений.

Первый тип (Фор I) наблюдается, когда линия перелома проходит через край грушевидного отростка, пере-

городку носа, над альвеолярным отростком, под дном гайморовой полости, направляясь к бугру верхней челюсти, через концы крыловидных отростков основной кости, иногда через лунку 7-го или 8-го зуба (рис. 19). При этом переломе иногда повреждается дно гайморовой пазухи, редко встречаются повреждения носовых костей и черепно-мозговая травма. Такие переломы возникают, в частности, при нанесении удара тупым твердым предметом с широкой поверхностью по верхней губе.

В. Н. Крюков подчеркивает, что неизменным условием для возникновения такого перелома является разомкнутое положение челюстей. В этом случае отсутствие контакта зубов приводит к тому, что нижняя челюсть не фиксирует нижний край верхней челюсти. В результате возникает скол альвеолярного отростка и твердое небо, как правило, при этом не повреждается.

Второй тип (Фор II) имеет место, когда линия перелома проходит по швам, соединяющим лобные отростки верхней челюсти и носовые кости с носовыми отростками лобной кости, распространяется по внутреннему краю глазницы до задней границы нижней глазничной щели. Далее линия перелома идет кпереди к нижнеглазничному отверстию и опускается вниз по шву, между скуловым отростком верхней челюсти со скуловой костью и через нижние отделы крыловидных отростков (рис. 20, а).

Для этого перелома характерны повреждения носовых костей, основания черепа, а также сотрясение мозга. Запрокидывание задних отделов тела верхней челюсти обуславливает открытый прикус со смещением зубного ряда. Могут повреждаться также гайморова пазуха, кости носа, барабанная перепонка и лобные кости. Такие переломы возникают, в частности, при ударе тупым твердым предметом в область переносицы. В этом случае повреждение возникает при сомкнутых челюстях и выбиваются кости верхней челюсти, для чего необходимо более значительное внешнее усилие, чем при образовании перелома первого типа.

Вариантом второго типа является перелом, проходящий по заднему отделу нижнеглазничной щели к грушевидному отверстию. В этом случае травмируется только тело верхней челюсти, кости носа остаются неповрежденными и реже встречаются переломы основания черепа (рис. 20, б).

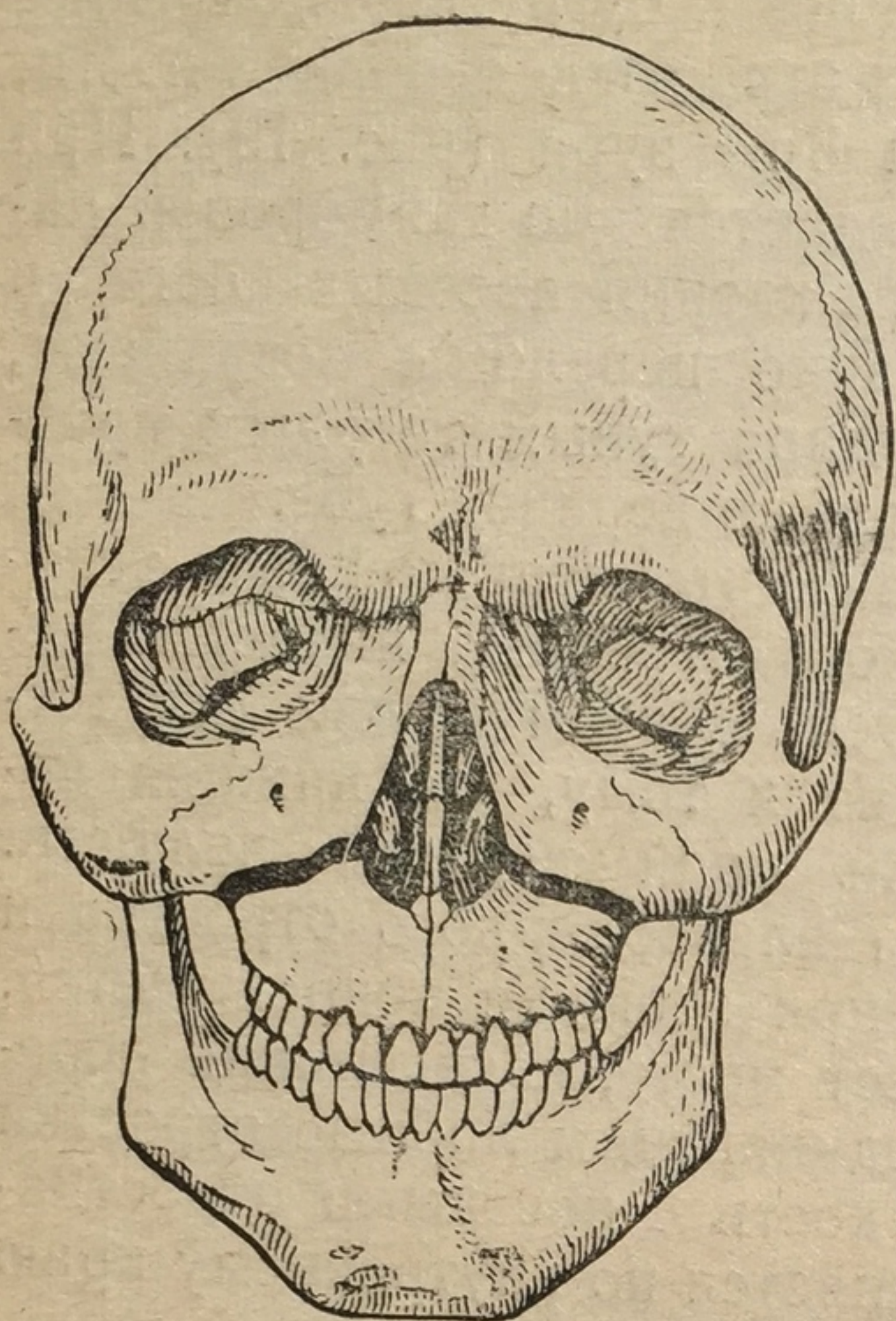
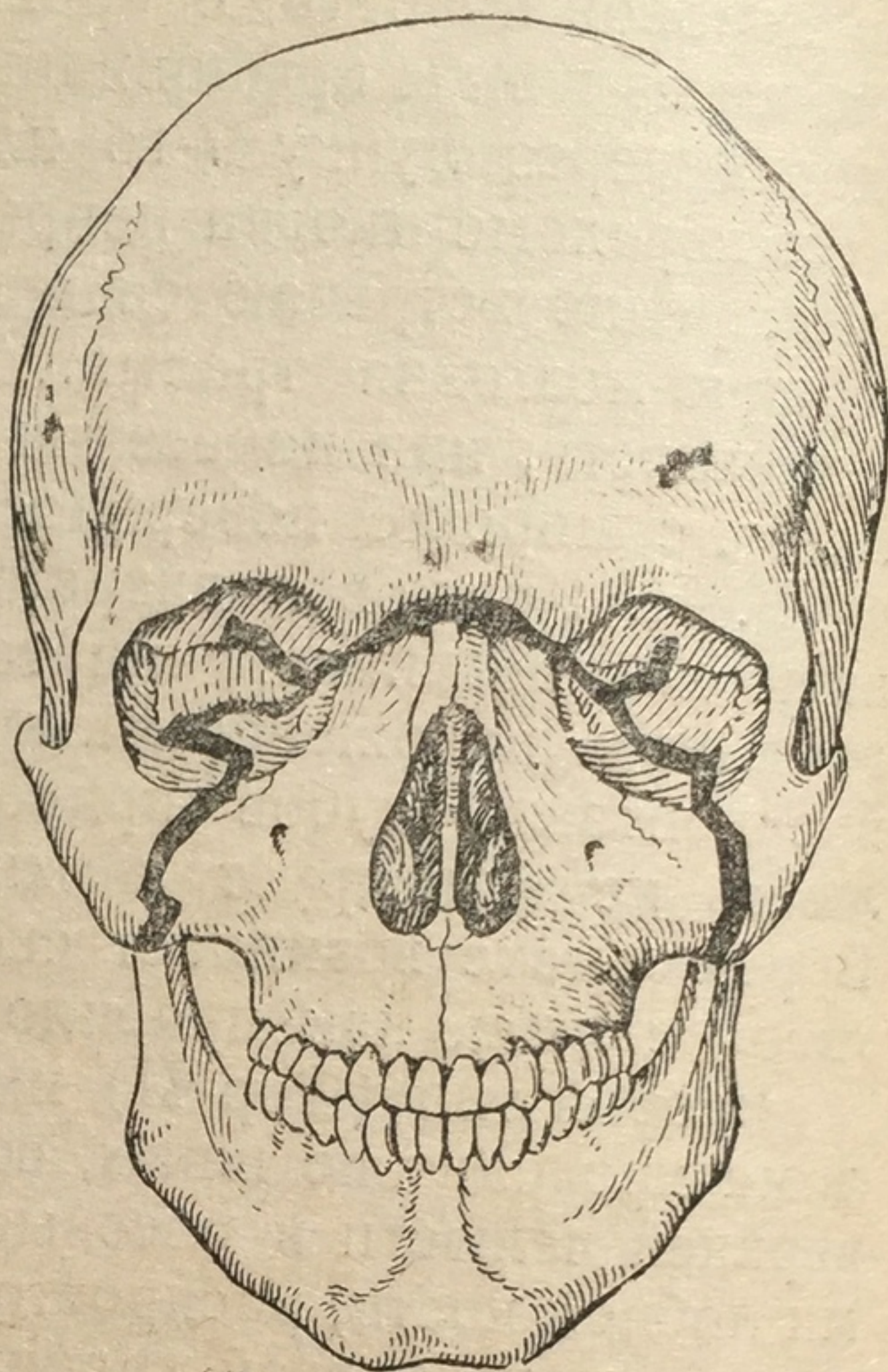
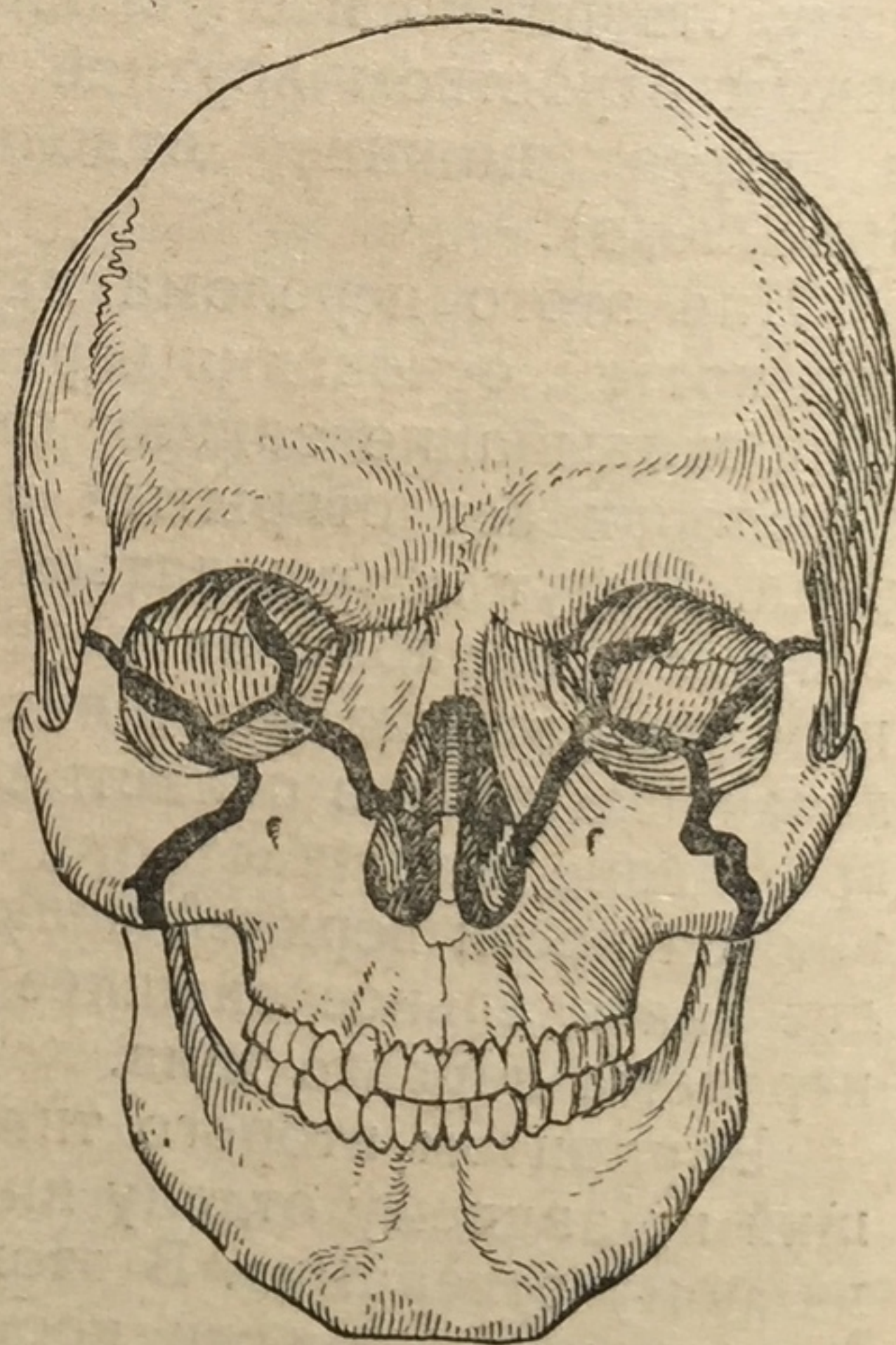


Рис. 19. Первый тип перелома
верхней челюсти.



а



б

Рис. 20. Второй тип перелома
верхней челюсти.

а — основной; б — вариант.

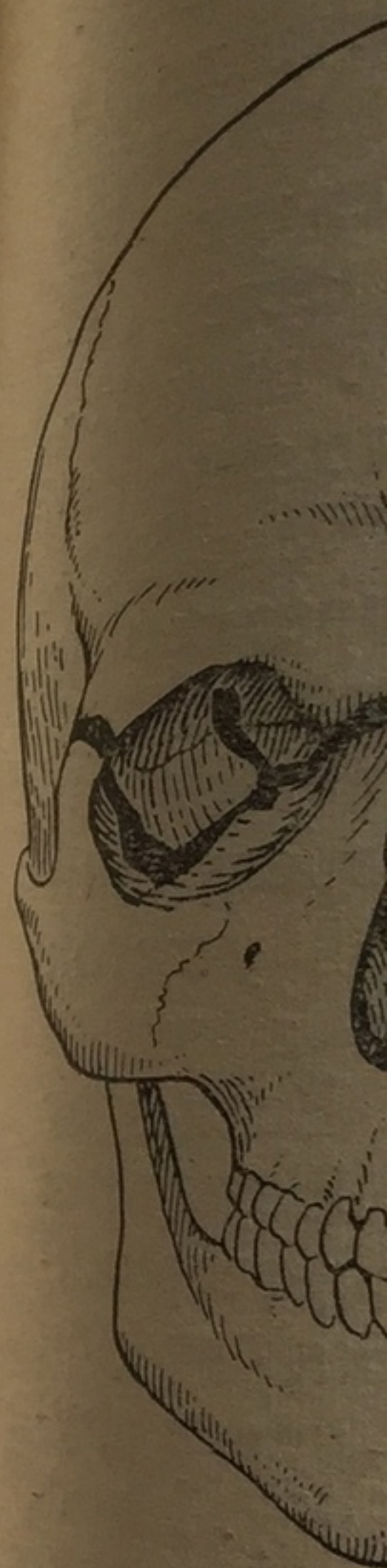


Рис. 21. Третий тип перелома
верхней челюсти.

При тр
по И. Г. Л
релома про
ной щели,
край орби
(рис. 21).
твердым пр
са или при
этого перел
и даже дру
желый пред
отношению
лицевых ко
лица.
Вариант
отдела челк

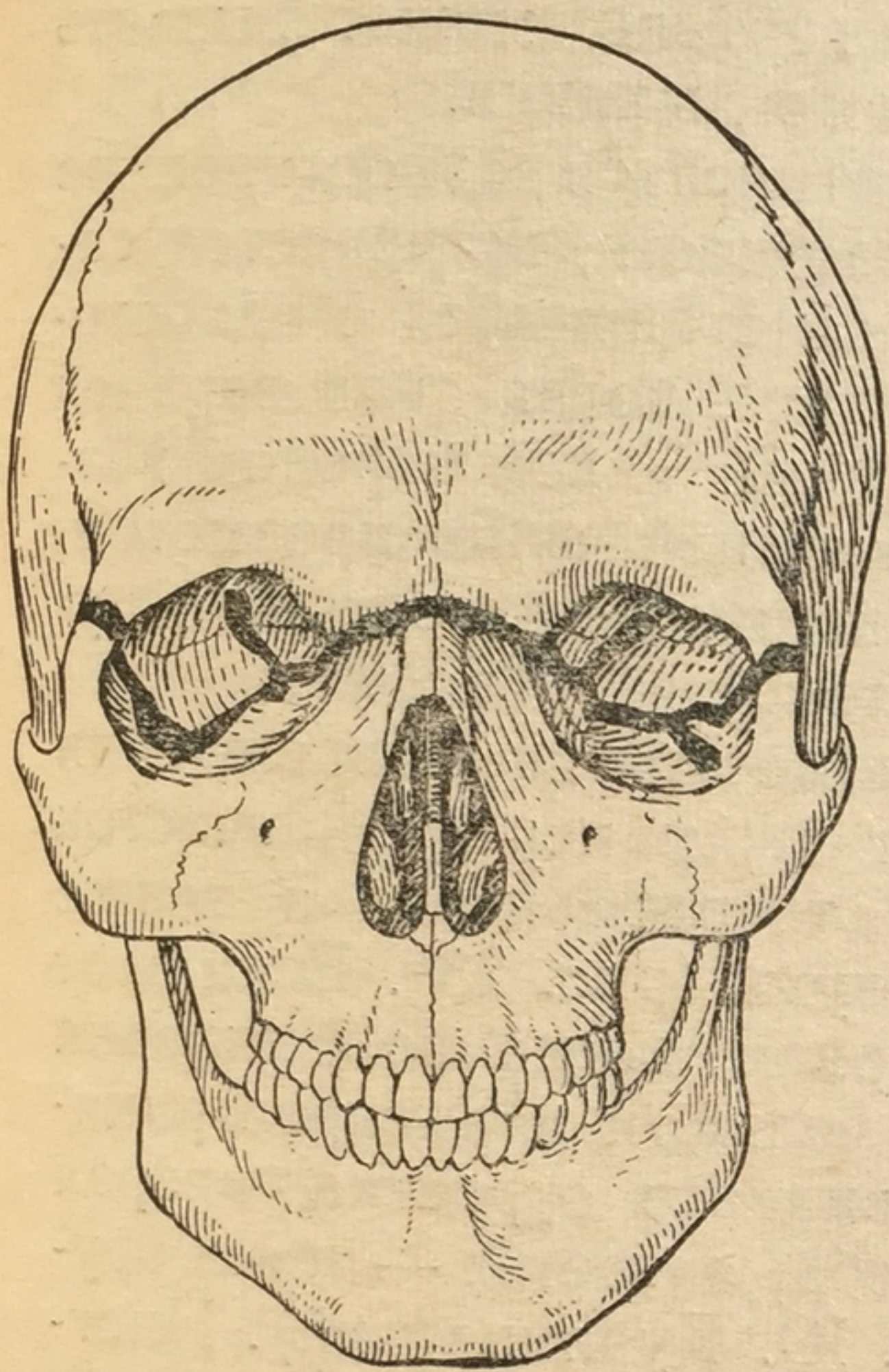


Рис. 21. Третий тип перелома верхней челюсти.

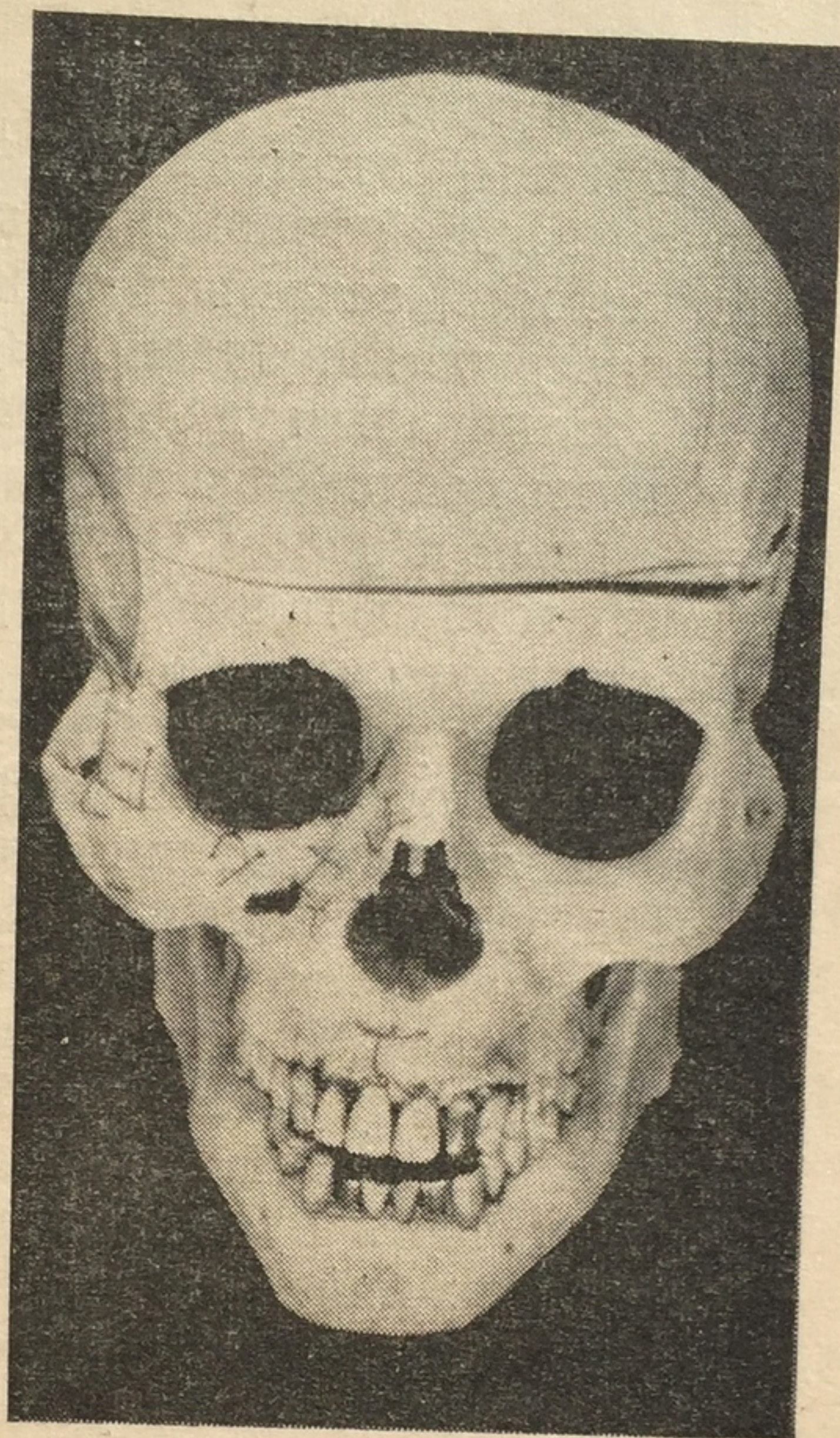


Рис. 22. Сагиттальный перелом верхней челюсти.

При третьем типе (Фор III, суббазальный перелом по И. Г. Лукомскому и В. Ю. Курляндскому) линия перелома проходит через корень носа к нижней глазничной щели, от нее — к наружному краю глазницы и через край орбиты распространяется на скуловую дугу (рис. 21). Такие переломы возникают при ударе тупым твердым предметом в область глазницы и основания носа или при боковом ударе в область скуловой кости. Для этого перелома характерен отрыв всей верхней челюсти и даже других лицевых костей. Если на лицо падает тяжелый предмет с большой высоты по касательной по отношению к плоскости кости, то происходит отрыв лицевых костей вместе с мягкими тканями и органами лица.

Вариантом третьего типа является отрыв верхнего отдела челюсти вместе с костями носа, сошником, краем

глазниц и повреждением стенок гайморовых пазух (А. Е. Рауэр).

Переломы этого типа, как правило, сочетаются с черепно-мозговой травмой, а запрокинувшаяся кзади верхняя челюсть, закрывая вход в гортань, может вызвать механическое нарушение внешнего дыхания.

К нетипичным переломам относятся односторонние переломы различного типа. В частности, встречается сагиттальный перелом (рис. 22), сочетающийся с односторонним горизонтальным переломом, когда тело верхней челюсти подвижно с одной стороны. Такой перелом возникает при ударе в область верхней губы предметом, имеющим тупогранную ударяющую поверхность или рубящий край (клиновидное действие).

При суборбитальном переломе линия повреждения аркообразной формы, проходит через передний участок верхней челюсти, захватывает твердое небо, а также нижнюю стенку гайморовой пазухи (рис. 23). Если этот перелом односторонний, то первая линия повреждения проходит через бугор верхней челюсти и распространяется на нижний отдел крыловидного отростка, вторая линия идет по шву твердого неба, а третья — через грушевидное отверстие и зубы (В. Ю. Курляндский). Иногда возникают односторонние переломы справа и слева, образуя два тела верхней челюсти.

Среди осложнений переломов тела верхней челюсти встречаются также паралич мягкого неба (повреждение нисходящего небного нерва), потеря чувствительности щек, крыла носа, а также верхней губы (повреждение нижнеглазничного нерва). Травма гайморовой пазухи может явиться причиной подкожной эмфиземы лица, подчелюстной области и передне-боковой поверхности шеи.

Переломы альвеолярного отростка верхней челюсти (рис. 24) нередки и иногда сочетаются с переломами ее тела, а также с переломами и вывихами зубов. Это обусловлено связью альвеолярного отростка с телом верхней челюсти и с зубами, корни которого расположены на различных уровнях. При этом корни центральных зубов нередко находятся выше свода твердого неба. При таких переломах может повреждаться дно гайморовой пазухи, происходят надрывы и разрывы слизистой оболочки.

Смещение отломков альвеолярного отростка позволяют судить о направлении действующей силы. Так, рез-

кий удар
зывает от
ного отро
тельном
ного ряда
щается в
При допо
гиттальной
ма наблю
метричное
ломков.

Изолиро
ломы неб
крайне ре
встречаютс
с поврежде
го неба,
верхней чел
мы небных
гут возник
средственно
нии силы в
допо неба. Е
ва наблюда
релом при
ший с откр
Изолиро
стков встре
при сочетан
костью и ск

Переломы
как прямыми
кой предмет,
прямым (тре
Скуловая
ханическим з
ко. М. Д. Д
переломы ску
Медиальн
скуловой кость
силы и напра

кий удар сверху вниз вызывает отрыв альвеолярного отростка на значительном протяжении зубного ряда и отломок смещается вниз и внутрь. При дополнительной сагиттальной линии перелома наблюдается несимметричное смещение отломков.

Изолированные переломы небных отростков крайне редки, чаще они встречаются в сочетании с повреждениями твердого неба, а также тела верхней челюсти. Переломы небных отростков могут возникать при непосредственном приложении силы в области твердого неба. В. С. Дмитриева наблюдала такой перелом при падении с большой высоты, когда пострадавший с открытым ртом наткнулся на деревянный шест.

Изолированные переломы скулового и лобного отростков встречаются редко и, как правило, наблюдаются при сочетанных повреждениях. Первые — со скуловой костью и скуловой дугой, вторые — с костями носа.

ПЕРЕЛОМЫ СКУЛОВОЙ КОСТИ И СКУЛОВОЙ ДУГИ

Переломы скуловой кости и скуловой дуги могут быть как прямыми (удар тупым твердым предметом, удар о такой предмет, например, при падении на лицо), так и непрямыми (третий тип перелома верхней челюсти и т. п.).

Скуловая кость обладает высокой прочностью к механическим нагрузкам и травмируется относительно редко. М. Д. Дубов выделяет медиальный и латеральный переломы скуловой кости и скуловой дуги.

Медиальный перелом возникает на месте соединения скуловой кости с верхней челюстью, и в зависимости от силы и направления удара одновременно могут повреж-

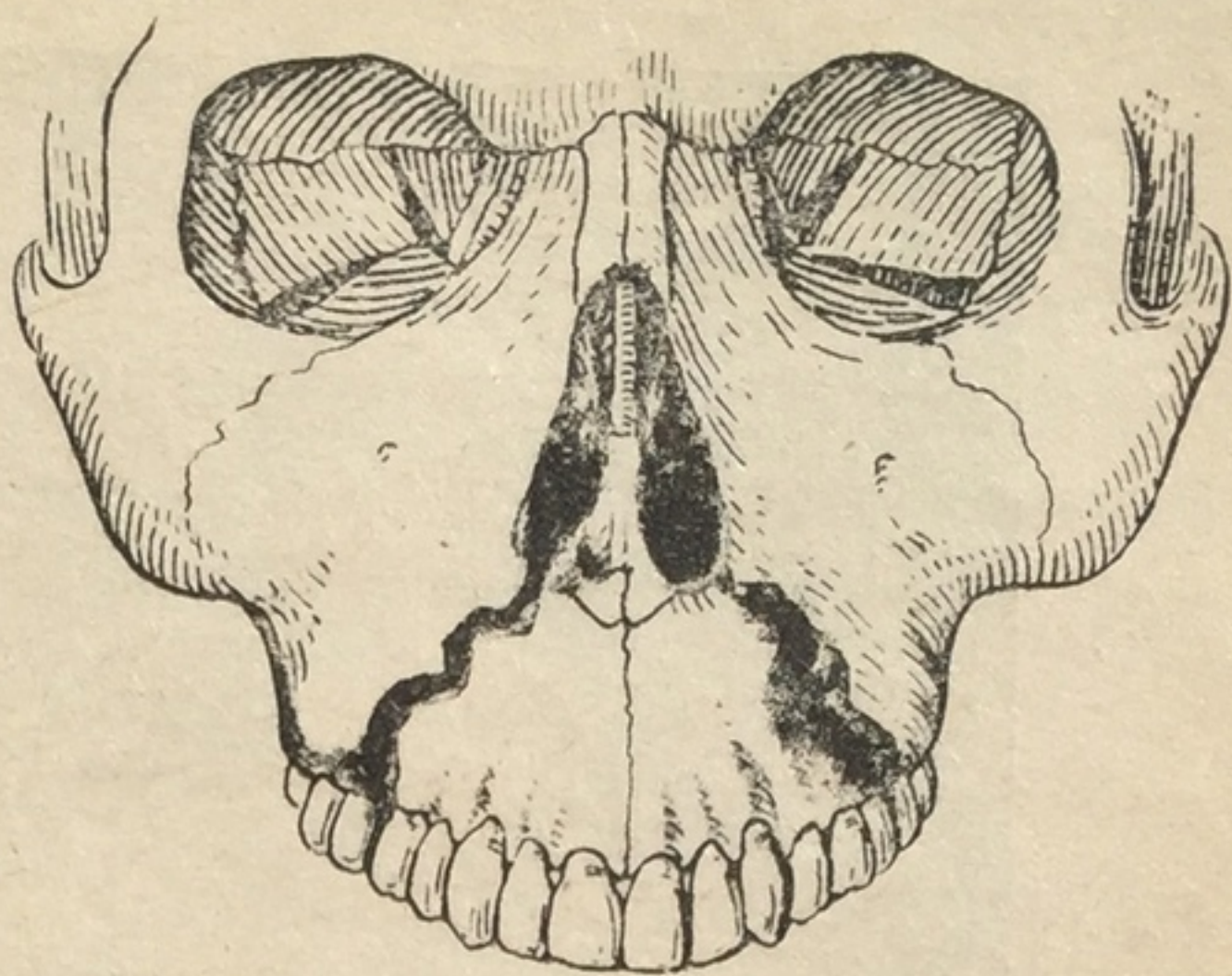


Рис. 23. Суборбитальный перелом верхней челюсти.



Рис. 24. Аркообразный перелом альвеолярного отростка верхней челюсти.



Рис. 25. Перелом скуловой дуги.

даться соединения скуловой кости с лобной, основной, височной. При медиальном переломе часто повреждается гайморова пазуха и стенки глазницы. Многооскольчатый перелом скуловой кости возникает при действии значительной силы под прямым углом по отношению к кости.

Латеральный перелом наблюдается на месте соединения височного отростка скуловой кости со скуловым отростком височной кости (анатомическая скуловая дуга). Перелом скуловой дуги, как правило, наблюдается не менее чем в двух местах (рис. 25).

Переломы скуловой кости и дуги вызывают деформацию лица и нарушают подвижность нижней челюсти, особенно когда отломок скуловой дуги проникает в полунную вырезку, препятствуя закрыванию рта. Развивающийся при этом коллатеральный отек затрудняет клиническую диагностику, и переломы могут оказаться нераспознанными.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ НОСА

Переломы костей носа возникают при прямом и боковом действии силы. При прямом ударе спереди назад разъединяются швы между носовыми костями, а также с лобными отростками верхней челюсти, и при действии

значитель
стенки ор
может яв
носа и н
переломы
ния силы
стороне. П
но возник
люсти, от

Иногда
костей и
ки встреча
ласти чет
нии перед

Ю. Н.
смещения
крытые и з
отломков
закрытые)
родки в хр

Перелом кост
и деформаци
в том числе:
открытый
закрытый
Перелом косте
и деформаци
в том числе:
открытый
закрытый
Перелом носов
деле
Перелом носов
костном отде

При трав
до профузны
смерти от ос

значительной силы повреждаются придаточные пазухи, стенки орбиты и кости основания черепа. Прямой удар может явиться причиной поперечного перелома костей носа и нижней их трети. При боковом ударе возникают переломы костей носа с западением на стороне приложения силы и наружным смещением на противоположной стороне. При сильных боковых ударах, если одновременно возникают переломы лобных отростков верхней челюсти, отломки костей носа смещаются кпереди.

Иногда при травме возникают сложные деформации костей и хрящей носа. Повреждения носовой перегородки встречаются относительно редко и наблюдаются в области четырехугольного хряща при ударах в направлении спереди назад или сверху вниз.

Ю. Н. Волков выделяет переломы костей носа без смещения отломков и деформации наружного носа (открытые и закрытые), переломы костей носа со смещением отломков и деформацией наружного носа (открытые и закрытые), а также вывихи и переломы носовой перегородки в хрящевом и костном отделах (табл. 6).

Таблица 6
ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ НОСА У ЖИВЫХ ЛИЦ
(ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И Л. А. ШКРУНИНОЙ)

Вид перелома	Число экспертиз	%
Перелом костей носа без смещения отломков и деформации, в том числе:	85	75,2
открытый	7	—
закрытый	78	—
Перелом костей носа со смещением отломков и деформацией, в том числе:	27	24,0
открытый	5	—
закрытый	22	—
Перелом носовой перегородки в хрящевом отделе	1	0,8
Перелом носовой перегородки в хрящевом и костном отделах	—	—
Всего	113	100,0

При травме носа могут возникать кровотечения, вплоть до профузных, в редких случаях являющихся причиной смерти от острого малокровия. Повреждение слизистой

Осложнения при переломах челюстно-лицевых костей нередки. В первую очередь заслуживают внимания осложнения, которые относятся к опасным для жизни состояниям, и по этому признаку травма относится к тяжким телесным повреждениям. Грозным осложнением является шок, тяжелая степень которого рассматривается как опасное для жизни состояние. Кровотечение при переломах челюстно-лицевых костей может быть как первичным, так и вторичным. Первичное кровотечение возникает непосредственно в результате травмы. Повреждения общей сонной артерии, а также наружной и внутренней сонных артерий, язычной, внутренней альвеолярной и верхнечелюстной артерии могут привести к острой кровопотере, что относится к опасным для жизни состояниям. Вторичные кровотечения весьма характерны для повреждений челюстно-лицевой области и возникают вследствие аррозии сосудистой стенки, септических осложнений и др.

При переломах челюстно-лицевых костей наблюдаются травматические субарахноидальные кровоизлияния, ушибы и сотрясения головного мозга. Тяжелая степень сотрясения мозга относится к опасным для жизни состояниям.

Опасным для жизни является грубое нарушение внешнего дыхания (механическая асфиксия). Такое состояние развивается при западении языка с закрытием входа в гортань вследствие смещения костных отломков при переломе нижней челюсти (дислокационная асфиксия), при закрытии верхнего отдела трахеи костными отломками, свертками крови (обтурационная асфиксия), при сдавлении трахеи, наступающем в результате отека, гематомы, эмфиземы шеи (стенотическая асфиксия), а также при закрытии лоскутом мягких тканей входа в гортань (клапанная асфиксия).

Различают острое и затяжное течение нарушения внешнего дыхания. Затяжное нарушение может быть первичным и вторичным. Первичное затяжное нарушение внешнего дыхания наблюдается сразу после травмы и при этом имеет место дислокационная, обтурационная и клапанная его формы. Вторичное затяжное течение возникает в первые двое суток после травмы, и при этом наблюдается стенотическая форма асфиксии.

Среди других осложнений следует отметить разнообразную группу травматических воспалительных, в том

числе гнойных процессов: гингивит, периостит, флегмоны, абсцессы, гайморит, паротит, артрит челюстного сустава, остеомиелит и другие, вплоть до развития сепсиса. Развитию гнойных осложнений и травматического остеомиелита способствуют пораженные кариесом зубы, расположенные в линии перелома. Аспирация патогенной флоры в дыхательные пути способствует бронхо-пульмональным осложнениям, в частности, развитию пневмонии. Переход инфекции из полости рта, гайморовой полости к основанию черепа может привести к гнойному менингиту.

Нередко при переломах челюстно-лицевых костей происходит травма нервов лица. Возникают парезы, параличи, невриты лицевого, верхнечелюстного, крылонебного и других нервов. При повреждениях слюнных желез могут возникнуть свищи внежелезистой части протока, железистой части, а также добавочных желез. Одним из осложнений является подкожная эмфизема. Она возникает чаще всего в результате повреждений слизистой передней стенки гайморовой пазухи, а также при разрывах слизистой оболочки носа. К числу поздних осложнений относятся неправильно сросшиеся переломы, образование ложных суставов, рубцовые и костные контрактуры и др.

Экспертная оценка степени тяжести переломов челюстно-лицевых костей, если они не являются опасными для жизни, производится на основании длительности расстройства здоровья¹.

Наряду с такими экспертными критериями, как опасность для жизни, длительность расстройства здоровья, при судебно-медицинской экспертизе устанавливается процент стойкой утраты трудоспособности. Так, при нарушении рта, повреждении верхней или нижней челюсти, образовании слюнной фистулы, стойкая утрата трудоспособности составляет: при функциональных расстройствах легкой степени — 15%, средней — 30%, сильной — 50%. При переломах костей носа стойкая утрата трудоспособ-

¹ УК РСФСР, Правила определения тяжести телесных повреждений (М., 1961) устанавливают, что длительность расстройства здоровья до 7 дней относится к легким телесным повреждениям, не повлекшим кратковременного расстройства здоровья, от 7 до 28 дней — к легким телесным повреждениям, повлекшим кратковременное расстройство здоровья, более 28 дней — к менее тяжким телесным повреждениям.

ности
кой
При
стойк
15—2
или ч
дения
тельн
сти, а
опреде
ней ст
Возни
до руб
ности.
При
дом по
быми р
зрения
Если су
такое
телесно
След
челюстн
врачебн
специал
также о
наре, та
гностиче
ломков

¹ УК
поврежден
способност
повлекшим
15 до 35%
раты трудо
жение № 2
1960 г., №
² Неизг
лесным пов
степени тяж
повреждения
не принимае
рургического
физическими
цинское, а э
судебно-след
5*

ности составляет при нарушении носового дыхания легкой степени 10%, средней — 20%, а сильной — 30%. При гнойном заболевании придаточных полостей носа стойкая утрата трудоспособности устанавливается в 15—25%, а при потере обоняния — в 10%. Потеря носа или части его составляет от 10 до 30%. При повреждениях нервов, сопровождающихся нарушением двигательных функций, расстройством кожной чувствительности, атрофией мышц, стойкая утрата трудоспособности определяется при легкой степени в 10—20%, при средней степени — в 40%, а при сильной степени — в 60%. Возникающие в исходе травмы обезображивающие лицо рубцы¹ составляют 10% стойкой ураты трудоспособности.

При тяжелой травме челюстно-лицевых костей исходом повреждения может явиться деформация лица с грубыми рубцовыми последствиями, что с экспертной точки зрения относится к неизгладимым повреждениям лица². Если суд установит при этом обезображивание лица, то такое повреждение будет рассматриваться как тяжкое телесное повреждение.

Следует учитывать, что течение и исход переломов челюстно-лицевых костей зависят от оказания первой врачебной помощи, сроков поступления пострадавших в специализированные стоматологические учреждения, а также от качества лечебных мероприятий как в стационаре, так и во время амбулаторного долечивания. Диагностические дефекты и неправильное сопоставление отломков на первых этапах оказания врачебной помощи,

¹ УК РСФСР, Правила определения степени тяжести телесных повреждений (М., 1961) устанавливают, что стойкая утрата трудоспособности до 15% относится к легким телесным повреждениям, повлекшим за собой незначительную утрату трудоспособности, от 15 до 35% — к менее тяжким телесным повреждениям. Процент ураты трудоспособности определяется специальной таблицей (приложение № 2 к Инструкции Министерства финансов СССР от 18 мая 1960 г., № 153).

² Неизгладимое обезображивание лица относится к тяжким телесным повреждениям (ст. 108 УК РСФСР, Правила определения степени тяжести телесных повреждений. М., 1961). Неизгладимость повреждения устанавливает судебно-медицинский эксперт. При этом не принимается во внимание устранение неизгладимости путем хирургического вмешательства, ибо оно связано с дополнительными физическими страданиями. Понятие «обезображивание» — не медицинское, а эстетическое, и его установление является компетенцией судебно-следственных органов.

поздняя госпитализация в специализированные стационары, отсутствие наблюдения хирурга-стоматолога при долечивании увеличивают число осложнений, приводят к труднообратимым, а порой и вовсе необратимым анатомо-функциональным изменениям, вплоть до грубой деформации лица. В результате удлиняется продолжительность расстройства здоровья, повышается процент стойкой утраты трудоспособности, и экспертная квалификация травмы в значительной мере определяется в этих случаях не характером повреждения, а качеством оказания медицинской помощи. Между тем «Правила определения степени тяжести телесных повреждений» не учитывают влияния оказания медицинской помощи на экспертную квалификацию травмы.

Повреж
но-лице
ских эк
дений у

Чаш

вия туп
в обла
Возмож
от удар
дается
при вра
ме, всл
заболе
жению
ваниях
и др.) м
бов, на

При

даются
ных зуб
резцы, а
лезненн
ния мал
но редк

Чаш

еще реж
рованы

Выде

1) повр
полный
ронки (с
пы), ще
(табл. 9

ГЛАВА IV

СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ

Повреждения зубов составляют 0,9—3,9% среди челюстно-лицевой травмы, или 0,2% среди судебно-медицинских экспертиз, проводимых по поводу телесных повреждений у живых лиц.

Чаще всего повреждения зубов возникают от действия тупых твердых предметов вследствие удара по лицу в область зубных рядов или при падении лицом вниз. Возможна травма зубов при резком смыкании челюстей от удара по верхней части головы. Травма зубов наблюдается при переломах челюстей. Она может иметь место при врачебных манипуляциях на зубо-челюстной системе, вследствие дефектов оперативной техники, а также заболевания зубов и их опорных тканей, ведущих к снижению или утрате их прочностных свойств. При заболеваниях зубо-челюстной системы (кариес, пародонтоз и др.) может происходить самопроизвольная травма зубов, например, при акте жевания.

При механической травме преимущественно повреждаются зубы верхней челюсти (табл. 8) и среди различных зубов в первую очередь центральные и боковые резцы, а также клыки. При самопроизвольной травме болезненно измененных зубов чаще возникают повреждения малых коренных зубов, реже — клыков и относительно редко — больших коренных зубов.

Чаще повреждается 1 зуб (48,8%), реже 2 (32,4%), еще реже — 3 зуба (10,4%). Наибольшее число травмированных зубов, по нашим данным, составило 15.

Выделяют следующие группы повреждений зубов: 1) повреждения десен; 2) вывих зуба, в том числе неполный и вколоченный; 3) перелом зуба, в том числе коронки (отлом без вскрытия пульпы, со вскрытием пульпы), шейки и корня; 4) травматическое удаление зуба (табл. 9).

Таблица 8

ЧАСТОТА ПОВРЕЖДЕНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ У ЖИВЫХ ЛИЦ
(ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И Е. А. КРАСОВСКОЙ)

Наименование зубов	Челюсть		Всего	
	верхняя	нижняя	число наблюдений	%
	число наблюдений	число наблюдений		
Резцы	1 079	461	1 540	82,5
в том числе:				
центральный	703	294	997	—
боковой	376	167	543	—
Клыки	124	58	182	9,8
Малые коренные зубы	64	34	98	5,3
Большие » »	23	22	45	2,4
Итого	1 290	575	1 865	100,0

В ряде случаев при действии травмирующей силы на зубы видимых их повреждений не отмечается. Не удается обнаружить повреждения и при рентгенологическом исследовании. Однако при этом могут встретиться ссадины, кровоподтеки и раны в мягких тканях альвеолярного отростка, окружающих зуб и прилегающих к нему. Такие повреждения можно условно рассматривать как повреждения десны.

При повреждениях десны нередко происходит травма сосудисто-нервного пучка и развивается травматический периодонтит.

Если пострадавший предъявляет жалобы на боль в зубе и окружающих его мягких тканях, а видимых повреждений не обнаруживается, то, согласно «Правилам по определению степени тяжести телесных повреждений», квалификация травмы не производится.

При вывихе наблюдается смещение зуба вследствие разрыва тканей, укрепляющих его в альвеоле. Различают два вида вывиха — неполный и вколоченный.

При неполном вывихе (рис. 26) происходит смещение зуба с поворотом его в сторону языка или неба, губы или щеки. Коронка выступает над линией смыкания зубов и наклонена в сторону. При этом имеет место разрыв циркулярной связки нередко с переломом стенки альвеолы, в десне и периодонте наблюдаются кровоизлияния.

Смещение вывихнутого зуба зависит от места приложения действующей силы. При ударе по передней поверхности зуба коронка зуба смещается кзади, а верхушка корня кпереди. Удар по боковой поверхности зуба смещает коронку в направлении удара, а корень — в противоположную сторону.

При вколоченном вывихе зуб вколачивается в луночку и его корень оказывается в губчатой кости челюсти. Коронка в этом случае оказывается ниже линии смыкания зубов, возникает разрыв циркулярной связки, сосудисто-нервного пучка и перелом стенки альвеолы.

М. О. Коварский описал наблюдение, когда в результате вколоченного травматического вывиха правый боковой резец в течение 30 лет находился у пострадавшего под слизисто-надкостничным лоскутом верхней челюсти, явившись источником длительного гноетечения. Удаленный во время операции зуб был покрыт твердым зернистым черного цвета камнем толщиной в 1,5 мм, и значительная часть корня подверглась резорбции.

Связочный аппарат передних зубов менее прочен, чем у остальных. Наиболее часто возникают вывихи резцов верхней челюсти, корни которых укреплены хуже других зубов. Перелом стенки альвеолы чаще наблюдается при

Таблица 9

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ ЗУБОВ У ЖИВЫХ ЛИЦ
(ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И Е. А. КРАСОВСКОЙ)

Характер повреждения	Частота встречаемости	
	число экспертиз	%
Повреждения десен	44	4,39
Вывих зуба, в том числе:	266	26,52
неполный	263	
вколоченный	3	
Перелом зуба, в том числе:	293	29,22
перелом коронки	182	
из них:		
без вскрытия пульпы	107	
со вскрытием пульпы	75	
перелом шейки	46	
перелом корня	65	
Травматическое удаление зуба	339	33,79
Повреждений не обнаружено	61	6,08
Итого	1 003	100,00

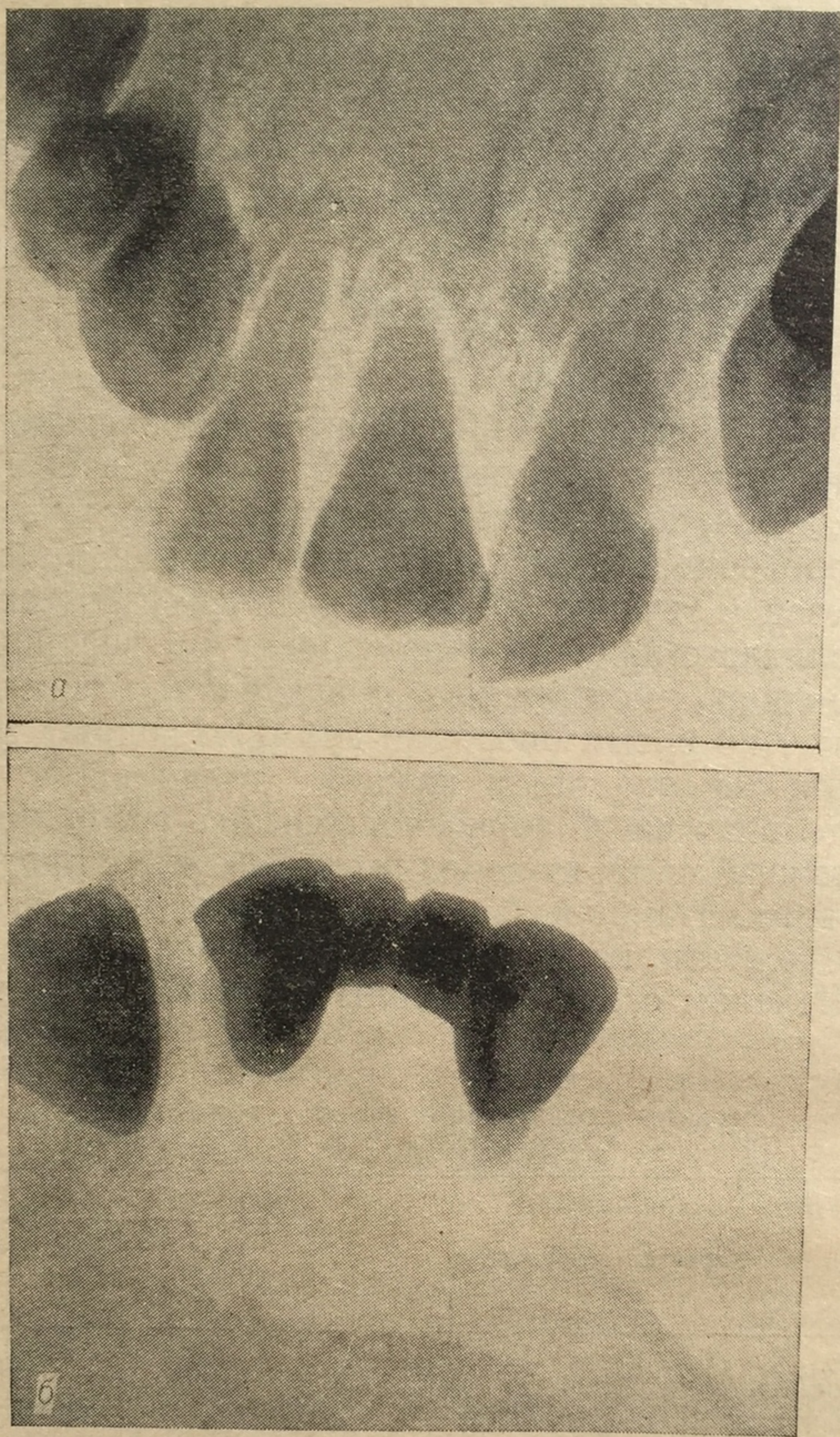


Рис. 26. Вывихи зубов. Отпечатки с внутриротовых рентгенограмм.
а — вывих $\begin{array}{|c|c|} \hline 2 & 1 \\ \hline \end{array}$ зубов; б — вывих $\begin{array}{|c|c|} \hline 1 & 4 \\ \hline \end{array}$ опорных зубов мостовидного протеза.

вывихах зубов, расположенных на нижней челюсти. Для возникновения вывиха коренных зубов требуется значительная внешняя сила, тем большая, чем больше порядковый номер зуба в зубном ряду. При вывихах зубов, сопровождаемых разрывом сосудисто-нервного пучка, возникает омертвление пульпы и, если зуб сохранен, но не

трепаниро-
па не уда-
следствии
околоверх-
паление.
торы выде-
вывих зуб-
ществу яв-
матическим
нием.

Г. А. В.
чает три с-
ха зубов в
от травмы
и последу-
да повреж-
первой сте-
храняет с-
жение в
второй ст-
ночке
часть кор-
третьей ст-
ходит из л-
при перво-
степени вы-
нение зуб-
то трет-
должна ра-
ся как тра-
удаление з-

Перелом-
гут происх-
области ко-
в области
ня. Прочно-
ства зубов
по порядку
жения, всл-
переломы
сительно р-
ломах чел-
Перелом-
поперечным

трепанирован, а пульпа не удалена, то впоследствии развивается околоворхушечное воспаление. Некоторые авторы выделяют полный вывих зуба, что по существу является травматическим его удалением.

Г. А. Вильга различает три степени вывиха зубов в зависимости от травмирующей силы и последующего исхода повреждения. При первой степени зуб сохраняет свое расположение в луночке, при второй степени в луночке сохраняется часть корня, а при третьей степени он выходит из луночки. Если при первой и второй степени вывиха сохранение зуба возможно, то третья степень должна рассматриваться как травматическое удаление зуба.

Переломы зубов могут происходить как в области коронки, так и в области шейки и корня. Прочностные свойства зубов возрастают по порядку их расположения, вследствие чего

переломы больших коренных зубов наблюдаются относительно редко и возникают главным образом при переломах челюсти или ее альвеолярного отростка.

Переломы зубов могут быть по отношению к оси зуба поперечными, косыми и вертикальными. Встречаются

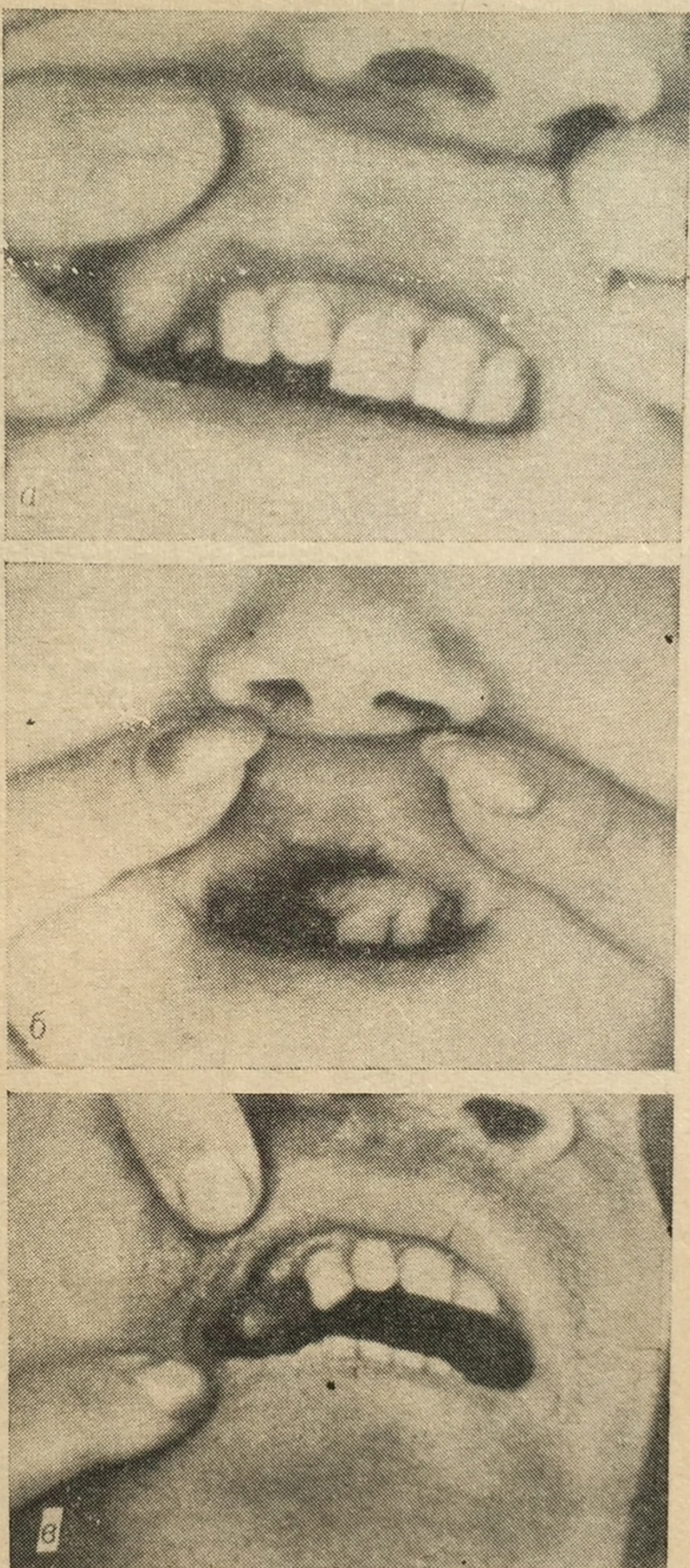


Рис. 27. Травма зубов.

а — перелом коронки корня; б — перелом корня зуба; в — травматическое удаление зуба.

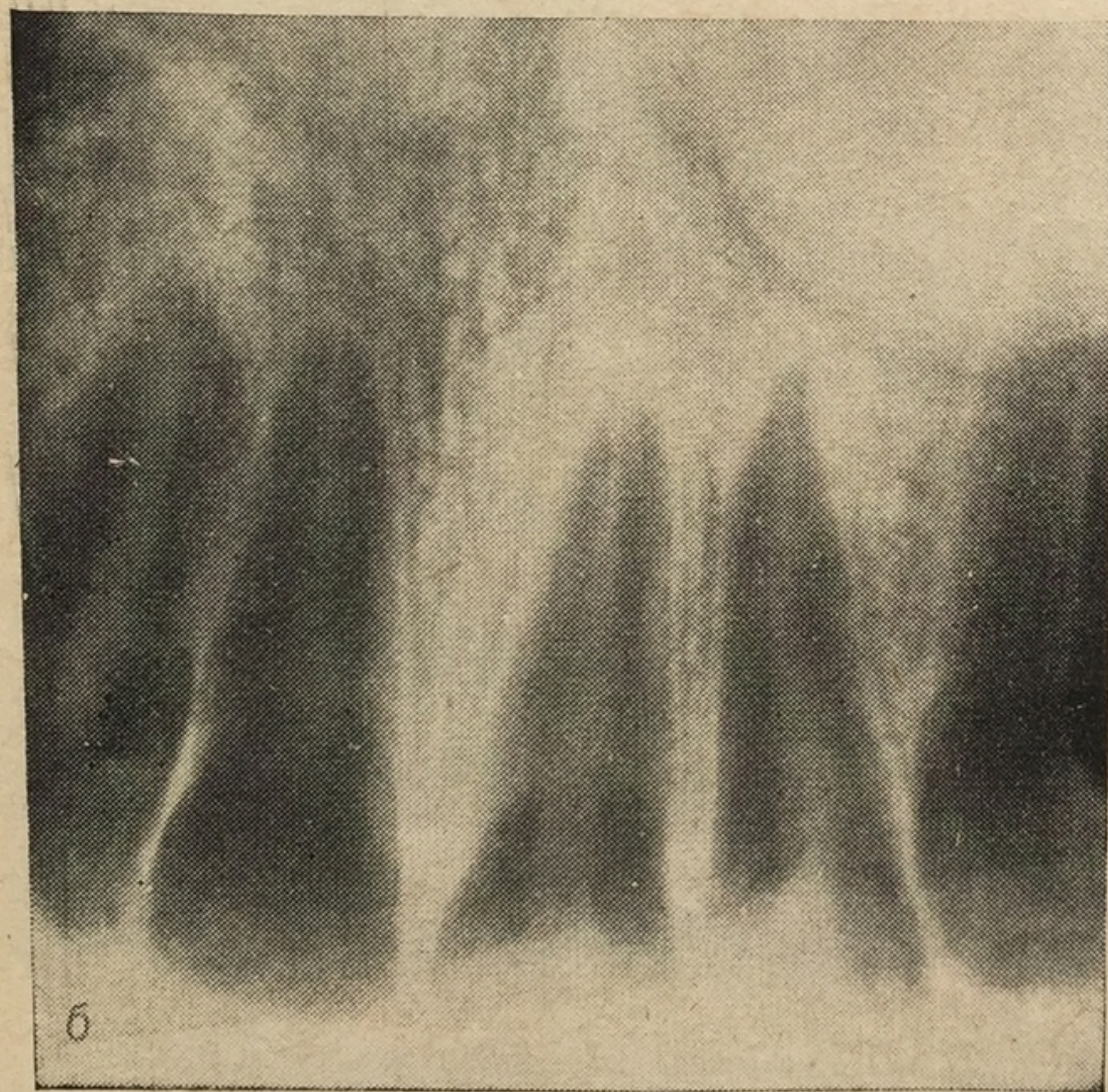
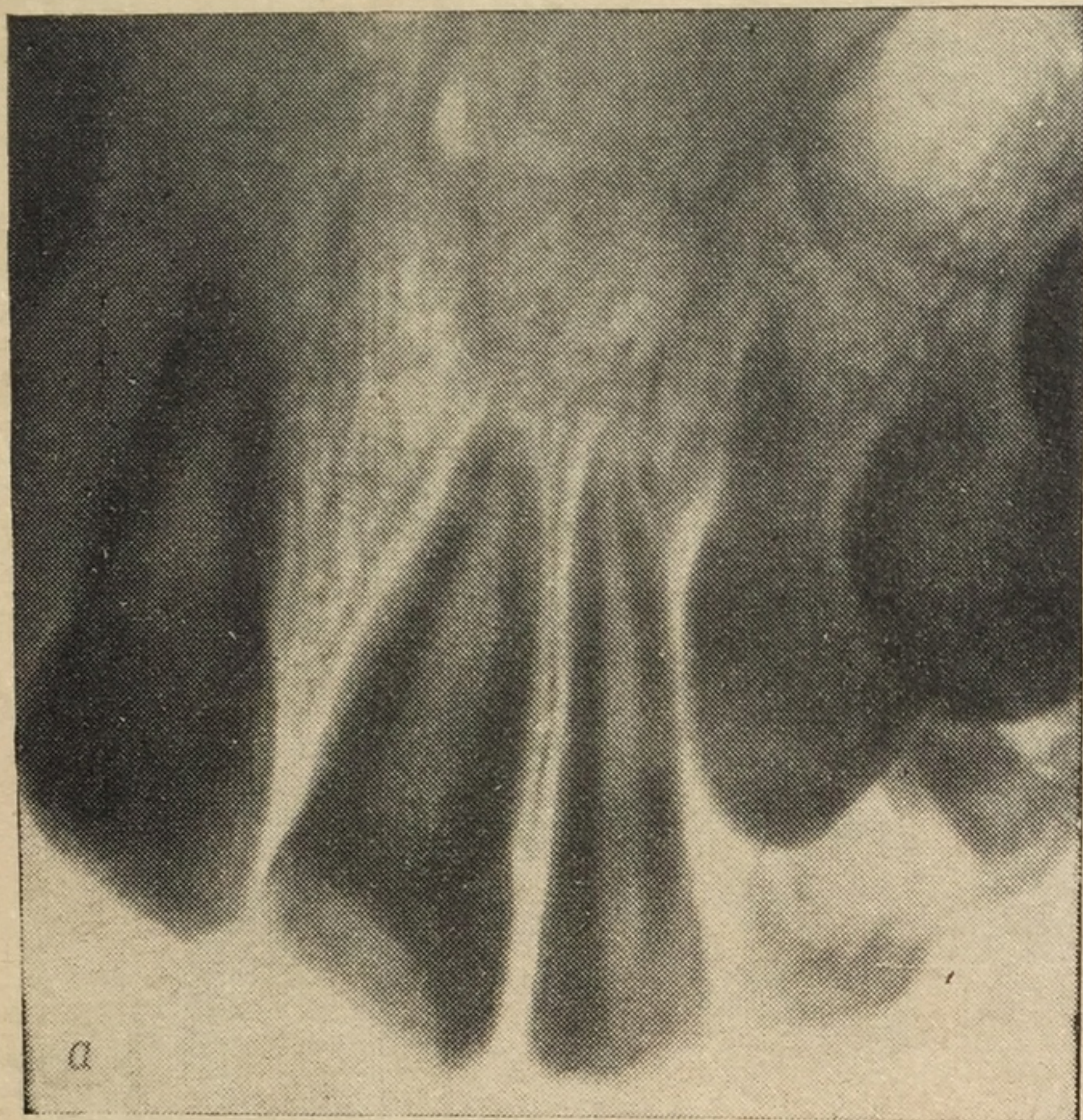


Рис. 28. Переломы коронок зубов. Отпечатки с внутриротовых рентгенограмм.

а — перелом коронки 1 и вывих 2 зубов;
б — перелом коронок и вывих бокового резца и клыка.

раздробленные переломы, когда зуб в результате травмы оказывается разделенным на несколько фрагментов.

Переломы коронки (рис. 27, а и 28) наблюдаются довольно часто. Они могут быть частичными и полными. При частичных переломах происходят повреждение эмали, отлом угла зуба или его режущего края. Исход повреждения зависит от происходящего при переломе

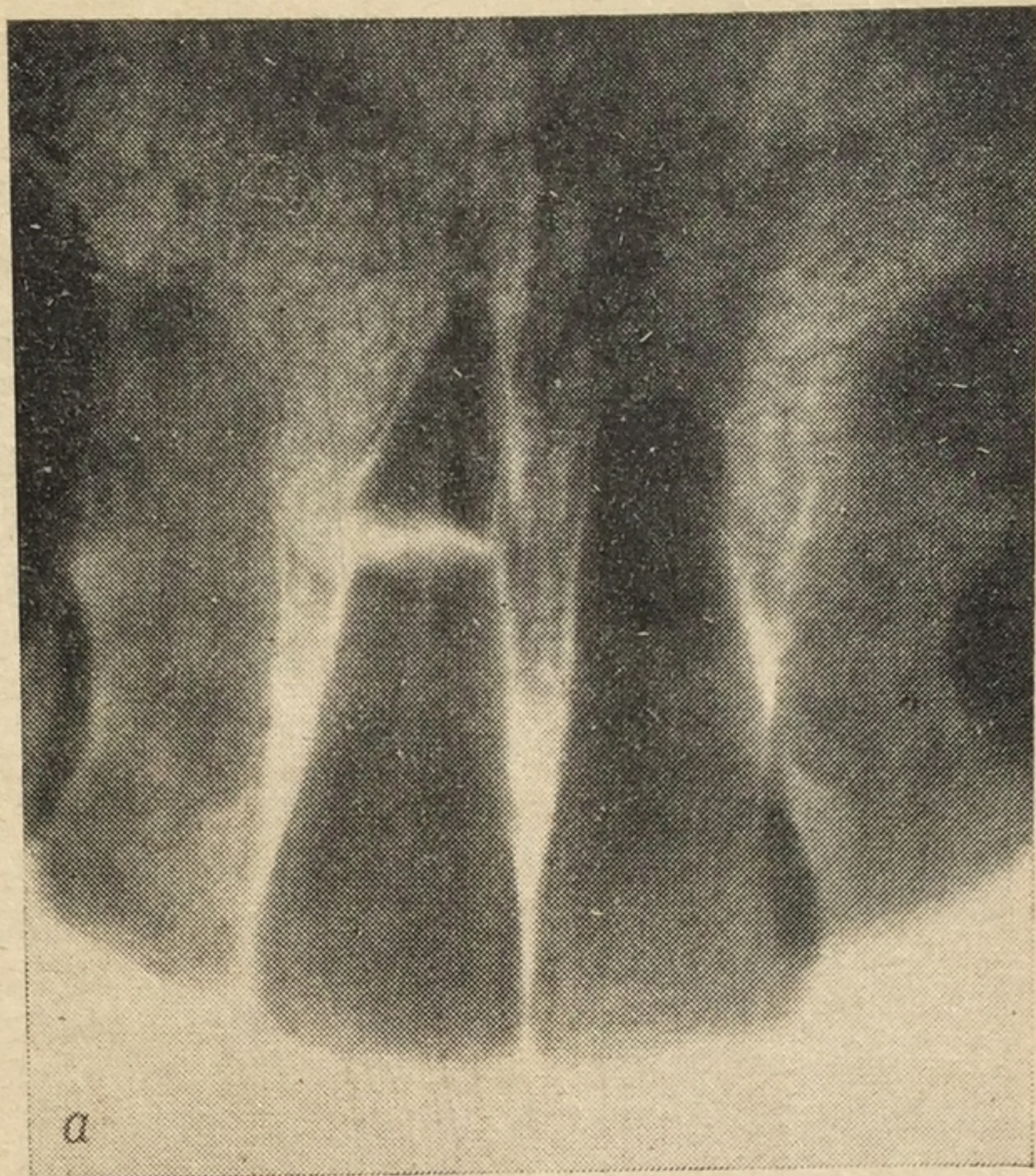
Рис. 29. Переломы коронок зубов. Отпечатки с внутриротовых рентгенограмм.

а — перелом коронки 1 зуба; б — перелом коронки 2 зуба.

вскрытия
пульпы и
Шейка
отношении
реломы,
(см. рис.
всисимости

Рис. 29. Переломы корней зубов. Отпечатки с внутриротовых рентгенограмм.

а — перелом вершины корня 1 зуба; б — перелом корней 1|1 зубов.



вскрытия пульпарной камеры, требующего удаления пульпы и пломбирования канала.

Шейка зуба относится к самой слабой в прочностном отношении коронковой части, и возникающие здесь переломы, как правило, полные. Переломы корня (см. рис. 27, б и 29) могут иметь различный исход в зависимости от их локализации. Если перелом происходит

в средней или верхней трети и пульпа жизнеспособна, а также отсутствуют повреждения окружающих тканей, то сращение отломков возможно путем отложения между ними остеоцемента и остеоидина. Травма верхушечного отдела, если сращения отломков не наступает, вызывает необходимость оперативного удаления верхушки корня. Перелом корня всегда сопровождается повреждением периодонта и воспалением пульпы.

Травматическое удаление зуба (рис. 27, в и 30), как правило, влечет его потерю.

В. М. Литовченко и В. М. Мастеров описали необычный случай, когда травматическое удаление зубов у водителя мотоцикла обусловило повреждение мягких тканей, кости черепа и головного мозга у пострадавшего, на которого был совершен наезд.

У пострадавшего отмечались потеря сознания, в правой лобно-височной области — ушибленно-рваные раны размером $6 \times 0,8$ см и $4 \times 0,6$ см, которые подверглись хирургической обработке с наложением швов. Через месяц перед выпиской из больницы его состояние резко ухудшилось, кожные раны нагноились, поднялась температура. При рентгенографии черепа в правой лобно-теменной области был обнаружен дырчатый перелом с костным фрагментом, а в веществе головного мозга оказалось инородное тело костной плотности, по форме похожее на зуб. Была произведена трепанация черепа, во время которой из вещества мозга был удален клык человека.

В момент наезда водитель был выброшен из седла, ударился лицом и потерял сознание. В больнице у него были обнаружены ушибленная рана верхней губы, перелом тела и угла нижней челюсти слева и отрыв верхней челюсти. Левый нижний клык отсутствовал, десна разорвана, соседние зубы подвижны.

Сопоставление материалов дела с характером повреждений позволило прийти к заключению, что водитель мотоцикла областью открытого рта ударился о голову пострадавшего, у которого возник дырчатый перелом черепа от сильного удара левым нижним клыком, травматическое удаление которого произошло в результате такого своеобразного механизма повреждения.

Редкий случай эктопии травматического удаления зуба наблюдал М. О. Коварский.

Ребенок $3\frac{1}{2}$ лет выпал из окна второго этажа, и при этом возникло травматическое удаление двух правых верхних резцов, а также ранение подбородка с ушибленной раной переходной складки нижней челюсти. Выбитые зубы не были найдены. Спустя 2 недели после травмы у ребенка открылся гнойный свищ под подбородком. При осмотре ребенка через месяц после травмы в преддверье рта в области нижних правых резцов была обнаружена грануляционная ткань с торчащим из нее острым краем зуба. Извлеченный зуб оказался центральным правым верхним резцом, утраченным в результате травмы и провалившимся в рану переходной складки нижней челюсти.

Рис. 30. Травматическое удаление зуба. Отпечатки ротовых

а — травмирование | I зуба альвеолярной б — травмирование | I

При ошой кинемелкие освторичноа в ряде с

Рис. 30. Травматическое удаление зубов. Отпечатки с внутриротовых рентгенограмм.

а — травматическое удаление \overline{I} зуба и перелом альвеолярного отростка;
б — травматическое удаление \overline{I}_2 зубов.



При огнестрельных повреждениях вследствие большой кинетической энергии пули зубы разбиваются на мелкие осколки, которые сами становятся «снарядами вторичного действия», вызывающими травму соседних, а в ряде случаев и отдаленных от места ранения тканей,

нередко с тяжелыми осложнениями. Так, внедряясь в толщу мышц языка, дна полости рта, они могут явиться причиной гнилостных флегмон, обуславливающих смертельные исходы. Выпавшие из луночек зубы или их осколки могут аспирироваться, вызывая впоследствии развитие легочных абсцессов. Известны случаи, когда осколки зубов в качестве «вторичных снарядов» служили причиной повреждения легких или, пробивая костную ткань позвонков, травмировали шейный отдел спинного мозга и других жизненно важных органов. А. Р. Ханамиров наблюдал слепое повреждение шеи зубами человека у раненого, у которого не было травмы челюсти и зубов.

При огнестрельных повреждениях могут встретиться переломы зубов одиночные и множественные, поперечные, продольные и косые. Иногда наблюдаются вывихи зубов, в том числе вколоченные. Как и при механической травме, огнестрельные повреждения зубов имеют место чаще всего на верхней челюсти.

Установление свойств предмета или орудия, которым причинено повреждение зубов, может оказаться затруднительным. Прочность ткани зуба обуславливает возникновение сходных повреждений при действии как тупых, так и острых предметов.

Экспертными критериями для установления давности повреждений зубов являются реактивные и репаративные процессы. Свежее повреждение характеризуется белесоватым цветом поверхности отломка зуба, если же обнажена пульпа, она имеет ярко-красный цвет, влажная, сочная и болезненная. Могут наблюдаться кровотечения из раны на десне, а также кровоподтечность десны.

При травматическом удалении зуба, если рана не инфицирована, на 2-й день ее поверхность становится меньше диаметра шейки зуба, альвеола выполняется темно-красным сгустком крови. На 3-й день края раны бледнеют, сгусток крови западает с поверхности и приобретает сероватую окраску. На 4-й день рана имеет бледные края, которые еще более сближаются, дно раны серовато-синего цвета. К 7-му дню вследствие эпителизации раневая поверхность представлена небольшим розоватого цвета возвышением. При инфицировании раневой поверхности происходит микробное разложение свертка, развивается воспаление краев раны.

Око
ция ран
к концу
закр
утрачен
костного
дит к к
ванная
вается
люсти.

Повр
гут имет
нием вы
а послед
и период
фекции
лита чел
ность не
ся наибо
мы у по

Н. П.
мы (удар
мого зуба
сится к ле
следующем
повторная
дения была
У 16-л
6], были
вившееся к
формной
тошнота. Р
ступила см
неврит V

Экспе
таких кр
вья, про
ность для
поврежде
вание.

Потер
да необх
двух до т
до 8 зубо
кой утрат

Окончательное сближение краев десны и эпителизация раны, если не возникает осложнений, заканчивается к концу 2-й недели. К концу месяца луночка полностью закрыта, наблюдается сглаженность ее краев и на месте утраченного зуба обнаруживается сеть балок губчатого костного вещества. Полное рубцевание луночки происходит к концу 2-го месяца после травмы, и вновь образованная кость через 2—2½ месяца почти полностью сливается с костной тканью альвеолярного отростка челюсти.

Повреждения зубов, вплоть до полной их утраты, могут иметь различные течение и исход. Частым осложнением вывиха зуба является травматический периодонтит, а последствиями переломов — травматические пульпиты и периоститы. Благоприятные условия для развития инфекции могут привести к развитию флегмон и остеомиелита челюсти и других септических осложнений. Вероятность неблагоприятных последствий травмы оказывается наибольшей при заболеваниях зубо-челюстной системы у пострадавших.

Н. П. Пырлина описывает экспертизу, когда в результате травмы (удар кулаком по лицу) возник перелом коронки нижнего восьмого зуба справа. Эксперт дал заключение, что повреждение относится к легким, не повлекшим расстройства здоровья. Однако в последующем развился остеомиелит нижней челюсти, была проведена повторная судебно-медицинская экспертиза, и квалификация повреждения была соответственно изменена.

У 16-летнего мальчика, перенесшего травму — перелом коронки 6|, были удалены пораженные кариесом корни этого зуба. Развившееся кровотечение было остановлено тампонадой луночки йодоформной марлей. Через несколько дней появились головная боль, тошнота. Ребенок впал в бессознательное состояние, и вскоре наступила смерть. На вскрытии был обнаружен гнойный менингит и неврит V пары черепномозговых нервов (наблюдение Пальтауфа).

Экспертная оценка повреждений зубов исходит из таких критериев, как длительность расстройства здоровья, процент стойкой утраты трудоспособности и опасность для жизни, а судом учитывается неизгладимость повреждения на лице, если имеет место обезображивание.

Потеря зубов в результате травмы или после нее, когда необходимо срочное их удаление, оценивается: от двух до трех зубов или одного резца — 5%, от четырех до 8 зубов — 10%, свыше восьми зубов — 15—20% стойкой утраты трудоспособности. Надо иметь в виду, что

повреждения протезов не квалифицируются по степени тяжести и в таких случаях может возникать лишь вопрос о материальных затратах, необходимых для их изготовления.

Опираясь на установленные экспертные критерии, вместе с тем следует учитывать состояние зубо-челюстной системы, характер травмы, возраст и другие факторы, относящиеся к организму пострадавшего.

При травме зубов имеет значение характер и объект повреждения. Неполный вывих или частичный перелом коронки без повреждения пульпы не влекут за собой обязательную утрату зуба. Между тем перелом зуба с некрозом пульпы или травматическое удаление зуба, как правило, приводят к их потере. В то же время потеря даже нескольких зубов, таких, например, как стоящих вне зубного ряда, разрушенных кариесом до основания коронки или резко расшатанных вследствие патологического процесса, не причиняет ущерба пострадавшему.

Относительны и данные о количестве утраченных зубов. Потеря одного полноценного зуба при отсутствии изменений со стороны других зубов лишь на первый взгляд может рассматриваться как легкая травма, не влекущая за собой грубых нарушений в жевательном акте и не изменяющая, как правило, речь и внешний вид. Такая травма в последующем вызывает перестройку зубо-челюстной системы: расшатываются соседние зубы, антагонист выходит из зубной луночки, бездействует и утрачивает свою прочность, разрушаются и утрачиваются остальные зубы (В. Ю. Курляндский).

Отягчающим экспертную оценку является утрата опорного для протеза зуба, а также травма коренного зуба, имеющего антагониста, при неполноценности других зубов.

Потеря двух зубов и более даже при хорошем состоянии зубочелюстной системы влечет за собой нарушение акта жевания, а при утрате передних зубов — нарушение речи. Утрата последних может привести к потере профессиональной трудоспособности, например, у музыкантов, играющих на духовых инструментах, певцов и др.

Широкое распространение заболеваний зубо-челюстной системы не может не учитываться при экспертной оценке травмы зубов. Такие заболевания, как кариес, пародонтоз и другие, а также дефекты зубного ряда из-

меняют
тканей.
проведен
области
бов, отм
шествую
ния эт
(табл. 10)
В I ст
тоза отм
чальные
ские про
лярного
да происх
краев лу
до убыли
длины ко
место во
сен, не
кровоочи
также не
подвижно
(I—II сте
диагности
челюстной
Во II
ней десны
иметь мес
образован
ных гноем
пени, а на
ление кор
ну длины
В III
сен, обнаж
ни, а такж
карманов
ткани аль
длины кор
В основ
системы п
ки, гибель
ние период
ная жеват
6 Сवादковский

меняют статико-динамические свойства зубов и опорных тканей. По данным Г. А. Ботезату, в 40,5% экспертиз, проведенных в связи с повреждениями зубо-челюстной области и утратой зубов, отмечаются предшествующие заболевания этой системы (табл. 10).

Таблица 10

ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДЕФЕКТЫ ЗУБНОЙ СИСТЕМЫ, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЕ ТРАВМЕ (ПО Г. А. БОТЕЗАТУ)

Заболевания и дефекты зубной системы	Число экспертиз в %
Пародонтоз	58,6
в том числе:	
I стадии	5,1
II »	25,9
III »	27,6
Кариес и другие заболевания	19,8
Дефекты зубных рядов	21,6
Всего	100,0

В I стадии пародонтоза отмечаются начальные дистрофические процессы альвеолярного отростка, когда происходит атрофия краев луночек вплоть до убыли одной трети длины корня. Имеют место воспаление десен, незначительная кровоточивость их, а также незначительная подвижность зубов (I—II степени). В этой стадии заболевание в основном диагностируется по рентгенологической картине зубо-челюстной системы.

Во II стадии наблюдается атрофия и бледность тканей десны с обнажением корня на 0,2—0,4 см, может иметь место воспаление и разрыхление краев десны с образованием глубоких десневых карманов, выполненных гноем. Наблюдается подвижность зубов I—II степени, а на рентгенограмме выявляется выраженное оголение корней за счет атрофии краев луночки наполовину длины корня зуба.

В III стадии отмечаются гиперемия и отечность десен, обнажение шейки зубов, подвижность II—III степени, а также происходит образование глубоких десневых карманов с выделением из них гноя. Атрофия костной ткани альвеолярного отростка составляет не менее $\frac{2}{3}$ длины корня зуба.

В основе изменений прочных свойств зубо-челюстной системы при пародонтозе лежат атрофия краев луночки, гибель соединительнотканной опоры зуба, расширение периодонтальной щели. В этих условиях даже обычная жевательная нагрузка на зубы оказывается функ-

ционально неадекватной и возникает их патологическая подвижность. Каждый зуб в отдельности представляет рычаг первого рода, где рабочим рычагом является коронковая часть, а рычагом сопротивления — корень. Атрофия костной луночки влечет за собой увеличение рабочего рычага и уменьшение рычага сопротивления. В результате возникает травматическая окклюзия, при которой обычная жевательная нагрузка оказывает травмирующее действие. Если при первых двух стадиях пародонтоза выраженной функциональной недостаточности пародонта не возникает, то она отчетливо выявляется при переходе от II стадии к III (В. Ю. Курляндский).

Гр-ке Г., 38 лет, был нанесен удар палкой по нижней части лица. В результате травмы произошло удаление четырех резцов верхней челюсти. Эксперт дал заключение, что утрата зубов связана с травмой и относится к легким телесным повреждениям, повлекшим кратковременное расстройство здоровья. Следователь не согласился с заключением и назначил комиссионную экспертизу. При повторном осмотре пострадавшей были отмечены глубокие патологические десневые карманы с гнойным отделяемым. На рентгенограммах была обнаружена атрофия костной ткани луночек на $\frac{2}{3}$ длины корня, в том числе и утраченных зубов, и почти полная атрофия костной ткани луночки нижнего клыка слева. Был установлен диагноз: пародонтоз III стадии, воспалительно-дистрофическая форма. Комиссия пришла к заключению, что потеря четырех резцов после легкой травмы была связана с наличием до травмы заболевания зубной системы, ибо потерянные зубы были фиксированы лишь мягкими тканями (наблюдение Г. А. Ботезату).

Гр-н Ф., 45 лет, получил удар по нижней губе. При судебно-медицинской экспертизе предъявил жалобы на боль в области резцов, подвижность и невозможность откусывать ими пищу. При осмотре отмечена ссадина на слизистой нижней губы, резцы оголены наполовину корня, подвижность II степени, гноетечение из глубоких десневых карманов. Консультация стоматолога: пародонтоз II стадии, которым гр-н Ф. страдает длительное время. В заключении эксперта по степени тяжести телесных повреждений была квалифицирована лишь ссадина на слизистой нижней губы.

При кариесе возникает разрушение твердых тканей зуба с поражением эмали, дентина и цемента. По глубине поражения различают стадию пятна, которое возникает на эмали, поверхностный, средний и глубокий кариес, при котором образуются дефекты в полости зуба. В результате патологического процесса резко снижаются его прочностные свойства.

Гр-н Н., 41 года, получил удар по лицу, после чего возник перелом коронки ¹/₂. При экспертизе была обнаружена ушибленная рана слизистой оболочки нижней губы, а также перелом коронки ¹/₂, а в сохранившейся части коронки отмечена кариозная полость с тонкими стенками. Было дано заключение, что перелом коронки зу-

Рис. 31. Пер

ба возник по
боким кариес

Утрату
потерю неп
локализации
патологичес
все ткани э
не перелом,
висимости о
риеса утрат
рассматрива

К тем ж
стертости зу
словленные
панация и п

Дефекты
причин (пред
зи с заболе
бо-челюстной
ние зубы, выз
промежутков
зобция альв
го зуба, анта



Рис. 31. Перелом коронки 1| зуба при кариесе. Отпечаток с внутриротовой рентгенограммы.

ба возник после легкой травмы и связан с предшествующим глубоким кариесом (наблюдение Г. А. Ботезату).

Утрату зуба при кариесе следует рассматривать как потерю неполноценного зуба при переломе зуба, когда локализация повреждения совпадает с местом развития патологического процесса (рис. 31), которым поражены все ткани зуба (глубокий кариес). Если же возникает не перелом, а травматическое удаление зуба, то вне зависимости от развития поверхностного или глубокого кариеса утрата пораженного заболеванием зуба должна рассматриваться как потеря полноценного зуба.

К тем же последствиям ведут различные степени стертости зуба, дефекты эмали, а также дефекты, обусловленные такими лечебными мероприятиями, как трепанация и пломбирование пульпарной камеры и др.

Дефекты зубных рядов, независимо от вызвавших их причин (предшествующая травма, удаление зубов в связи с заболеваниями и т. п.), вызывают перестройку зубо-челюстной системы. Изменяется нагрузка на соседние зубы, вызывая их смещение, расширение межзубных промежутков, конвергенцию коронок. Развивается резорбция альвеолярного отростка на месте отсутствующего зуба, антагонист выходит за линию смыкания зубов

и т. д. Результатом системной перестройки является развитие пародонтопатии, а проводимое в этих условиях протезирование само по себе может повлечь тяжелые осложнения, вплоть до некрозов твердого неба, периоститов и остеомиелитов челюстей. Следствием этих сложных и взаимосвязанных процессов является снижение статико-динамических свойств зубной системы, и в этих условиях причиняемая даже незначительная механическая травма может привести к неадекватным повреждениям.

Гр-ну С., 48 лет, были нанесены удары кулаком по лицу, после чего возникло удаление $\overline{7}$ зуба. При освидетельствовании были отмечены дефекты зубных рядов. Зубная формула:

$$\frac{8065\text{КIIИ}|\text{ИКЗКИ}608}{8065\text{КIIИ}|\text{ИИК}456-8}$$

На месте отсутствующего $\overline{7}$ зуба обнаружена свежая рана. На рентгенограмме отмечена атрофия костной ткани альвеол $\overline{7}$ 8 зубов наполовину длины корня, костный патологический карман у медиальной поверхности корня $\overline{8}$, наклон $\overline{8}$ зубов в сторону отсутствующих смежных зубов. Эксперт дал заключение, что потеря зуба после легкой травмы была связана с наличием до травмы дефектов зубных рядов со значительным поражением опорного аппарата потерянных зубов — пародонтопатия (наблюдение Г. А. Ботезату).

Другие заболевания могут быть также причиной подвижности зубов.

Гр-н П., 52 лет, при судебно-медицинской экспертизе предъявил жалобу на подвижность $\underline{2\ 1}$. Накануне получил удар кулаком по зубам. При осмотре: слизистая губ не изменена, отмечается подвижность $\underline{2\ 1}$, резцов II, III степени. По консультации стоматолога, гр-н П. страдает остеомиелитом верхней челюсти одонтогенного происхождения. Таким образом, у свидетельствуемого имелось предшествующее травме заболевание зубо-челюстной системы, с чем и была связана патологическая подвижность резцов.

При экспертной оценке повреждений зубов следует учитывать возраст пострадавшего.

У детей травма зачатков постоянных зубов приводит к их деформации, эктопии, а иногда возникает полная адентия. Причиной травмы зачатков постоянных зубов может оказаться удаление врачом молочных коренных зубов. Нередко это наблюдается при удалении первого нижнего коренного зуба, загнутые корни которого захватывают зачаток постоянного зуба.

Утрата молочного зуба до 7 лет снимает функциональное раздражение, необходимое для роста и разви-

тия альвеолярного отростка челюсти, вследствие чего отдаляются сроки прорезывания постоянных зубов. Из-за сближения соседних зубов прорезывание постоянных зубов происходит вне зубного ряда. Может произойти укорочение зубной дуги, имеющей в этих случаях неправильное развитие и постановку зубов. Нарушение функции жевания отражается на питании ребенка, задерживая как его общее физическое развитие, так и формирование стоматологического статуса.

После 7-летнего возраста, когда развивается резорбция корня молочного зуба и начинается прорезывание постоянного зуба, если травма молочного зуба ограничивается только его утратой, то каких-либо серьезных последствий для здоровья не наблюдается.

Удивительный в этом отношении случай описал Гляйцман. Сельский учитель наказал восемь провинившихся учеников 9—10-летнего возраста удалением у них от одного до трех молочных зубов. Учитель на суде оправдывался тем, что он не только не причинил детям вреда, но даже оказал им благодеяние, способствуя смене молочных зубов. Судебно-медицинский эксперт установил, что у одних ребят были извлечены резцы, у других клыки или малые коренные зубы, и дал заключение, что удаление в этом возрасте молочных зубов не причинило вред здоровью.

При судебно-медицинской экспертизе, проводимой по поводу челюстно-лицевой травмы, приходится встречаться с симуляцией травмы. Различны мотивы симуляции травмы, но ее своеобразной объективной основой являются, как правило, заболевания зубо-челюстной системы «пострадавшего», проявления и последствия которых сходны с травмой.

Так, подвижность и смещение зуба вследствие пародонтопатии «пострадавший» представляет как результат травматического вывиха. Ранее произведенное врачебное удаление зуба симулируется как свежая травма. Дефекты зуба, возникающие на почве кариозного процесса, выдаются за травматические переломы и т. п. Сочетание заболеваний зубо-челюстной системы свидетельствуемого с имевшей место травмой требует для их дифференциации квалифицированной экспертизы.

Во всех случаях осмотр и исследование зубо-челюстной системы пострадавшего с диагностированием патологических изменений позволяет устанавливать симуляцию.

Если для симуляции травмы используются последствия врачебных манипуляций и оперативных вмешательств, то несоответствие объективной картины зубо-челюстной системы с указанием срока травмы служит достаточным критерием для экспертного заключения.

Гр-н Я., 51 года, после удара, полученного зубилом по нижней части лица, предъявил при проведении судебно-медицинской экспертизы жалобы на потерю центрального правого верхнего резца. При освидетельствовании, произведенном на следующий день после травмы, оказалось, что на месте отсутствующего зуба десна гладкая, атрофичная, розоватого цвета, и каких-либо повреждений в этой области не обнаружено. Было дано заключение, что потеря зуба давняя и не связана с перенесенной травмой (наблюдение Г. А. Ботезату).

Гр-н С., 54 лет, страдая пародонтозом II—III стадии, предъявил семь зубов, которые, по его словам, были утрачены им в результате удара рукой по лицу, причиненного ему обидчиком. На слизистой нижней губы было обнаружено бледно-розоватого цвета кровоизлияние диаметром 1,5 см и рубчик длиной 1 см. На верхней челюсти отсутствуют все четыре резца, на нижней челюсти — левый центральный резец и оба боковых резца. Сохранившиеся зубы шатаются, подвижность II—III степени, шейки зубов обнажены. Альвеолы отсутствующих зубов покрыты молодой грануляционной тканью. Заключение по рентгенограмме: пародонтоз II—III стадии. Было дано заключение, что свидетельствуемый страдает пародонтозом, а отсутствие семи зубов могло возникнуть как результат их выпадения или самоудаления. Результаты экспертизы были подтверждены следственными данными. Оказалось, что «потерпевший» вначале сам удалил больные зубы, а затем с целью мести спровоцировал драку (наблюдение М. А. Фурман).

Гр-ка И., 35 лет, была направлена на судебно-медицинскую экспертизу в связи с ее признанием, что она оговорила своего мужа, ранее заявив, что он ударил ее кулаком по лицу, в результате чего произошел перелом зуба. При освидетельствовании оказалось, что у «пострадавшей» вся коронковая часть центрального верхнего резца слева разрушена кариозным процессом.

ЛИТЕРАТУРА К ГЛ. II—IV

- Авдеев М. И. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М., 1968.
 Алеева И. М. Материалы к рентгенодиагностике переломов челюстей. Дисс. канд. Казань, 1959.
 Бабицкая О. Е. Повреждения суставного отростка нижней челюсти. Дисс. канд. Л., 1950.
 Богуславский Л. Г. Полость рта и зубы. В кн.: Судебно-медицинская экспертиза трупа неизвестного лица. Киев, 1964, с. 31—35.
 Ботезату Г. А. О частоте, характере и роли предшествующих заболеваний зубов при судебно-медицинской экспертизе их повреждений. Тез. докладов 20-й очередной научной сессии Кишиневского ГМИ. Кишинев, 1962, с. 95—96.

Ботезату Г. А. жести тел
 ной сесси
 Ботезату Г. А. тери зубо
 стемы. В
 го ГМИ. К
 Ботезату Г. А. тери зубо
 стемы. Ди
 Ботезату Г. А. до травмы
 шинев), 19
 Ботезату Г. А. при заболе
 Голобродский бов. В кн.:
 листике. Ха
 Дерингас Л. М. ком. Сборн
 с. 29—31.
 Дмитриева В. С. М., 1966.
 Евдокимов А. И. 1964.
 Збарж Я. М. Пе
 Иващенко Г. М. мягких ткан
 Крюков В. Н. переломов п
 Крюков В. Н. О ствии тупых
 судебной хим
 Крюков В. Н. Ме
 Крюков В. Н., М костей лицево
 но-медицинск
 Коляда И. В. Ср
 Вопросы суде
 Коляда И. В. Суд люстей. В кн
 с. 16—19.
 Козлова С. А. Суд бов. Мат. Укр
 с. 245—248.
 Козлова С. А. Сл повреждениях
 ширенной нау
 научного об-ва с. 223—225.
 Литовченко В. М., ба в полость ч
 тиза, 1965, № 4
 Лисакович М. В., О телесных повре

- Ботезату Г. А. Потеря полноценного зуба (зубов) как критерий тяжести телесных повреждений. В кн.: Докл. 24-й очередной научной сессии Кишиневского ГМИ. Кишинев, 1966, с. 122—123.
- Ботезату Г. А. Судебно-медицинская экспертиза повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы. В кн.: Докл. 24-й очередной научной сессии Кишиневского ГМИ. Кишинев, 1966, с. 124—125.
- Ботезату Г. А. Судебно-медицинская экспертиза повреждений и потери зубов у лиц с предшествующими заболеваниями зубной системы. Дисс. канд. Кишинев, 1966, 221.
- Ботезату Г. А. Недостатки экспертизы повреждений при наличии до травмы заболеваний зубной системы. Здравоохранение (Кишинев), 1967, № 6, с. 56—58.
- Ботезату Г. А. Судебно-медицинская экспертиза повреждений зубов при заболеваниях зубной системы. Кишинев, 1970, с. 117.
- Голобродский Г. Л. Судебно-медицинская оценка повреждений зубов. В кн.: Сб. научных работ по судебной медицине и криминалистике. Харьков, 1956, с. 84—89.
- Дерингас Л. М. Характеристика повреждений, причиняемых кулаком. Сборник трудов. Т. 2 (Литовская ССР). Каунас, 1965, с. 29—31.
- Дмитриева В. С. Переломы челюстей мирного времени и их лечение. М., 1966.
- Евдокимов А. И., Васильев Г. А. Хирургическая стоматология. М., 1964.
- Збарж Я. М. Переломы верхней челюсти и их лечение. Л., 1965.
- Иващенко Г. М. Анатомические особенности огнестрельных ранений мягких тканей и костей лица. Дисс. докт. Л., 1962.
- Крюков В. Н. Повреждения лицевого скелета. В кн.: Механизмы переломов плоских костей при травме. Барнаул, 1969, с. 41—49.
- Крюков В. Н. О характере повреждений лицевого скелета при действии тупых орудий. В кн.: Сб. трудов по судебной медицине и судебной химии. Вып. 3. Пермь, 1969, с. 163—164.
- Крюков В. Н. Механизмы переломов костей. М., 1971.
- Крюков В. Н., Мищенко Ж. Д. К вопросу о механизме повреждений костей лицевого скелета при травме тупыми предметами. Судебно-медицинская экспертиза, 1970, № 3, с. 9—14.
- Коляда И. В. Сроки лечения и исходы переломов челюстей. В кн.: Вопросы судебной травматологии. Киев, 1971, с. 19—22.
- Коляда И. В. Судебно-медицинская оценка механизма перелома челюстей. В кн.: Вопросы судебной травматологии. Киев, 1971, с. 16—19.
- Козлова С. А. Судебно-медицинская характеристика повреждений зубов. Мат. Украинского совещания судмедэкспертов. Херсон, 1967, с. 245—248.
- Козлова С. А. Сложный случай определения степени тяжести при повреждениях лицевой части черепа. В кн.: Материалы 5-й расширенной научной конференции Киевского отд. Украинского научного об-ва судебных медиков и криминалистов. Киев, 1964, с. 223—225.
- Литовченко В. М., Мастеров В. Ф. Необычный случай попадания зуба в полость черепа при аварии. Судебно-медицинская экспертиза, 1965, № 4, с. 45—46.
- Лисакович М. В., Орлов В. С. К вопросу об оценке степени тяжести телесных повреждений при переломах челюстей. В кн.: Сб.

- трудов кафедры судебной медицины 1-го Ленинградского медицинского института. В. 2. Л., 1958, с. 106—110.
- Лейн А. А. Переломы нижней челюсти. Дисс. канд. Л., 1952.
- Левков В. А. О возможности определения направления переезда колесом автомашины по повреждениям зубных протезов. В кн.: Материалы Украинского совещания судебно-медицинских экспертов. Херсон, 1967, с. 95—98.
- Моисеев В. М. Судебно-медицинское значение переломов нижней челюсти при переезде через голову колесом автомашины. Материалы судебных медиков Казахстана. Алма-Ата, 1968, с. 151—152.
- Мищенко Ж. Д. О механизме и характере переломов нижней челюсти при травме тупыми предметами. В сб.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. В. 6. Ставрополь, 1971, с. 273—274.
- Михельсон Н. М. Повреждения лица и челюстей и их лечение. М., 1956.
- Огарков И. Ф. Повреждения лица и шеи по материалам белофинской войны. Труды Военно-медицинской академии, посв. Н. Н. Аничкову. Л., 1947.
- Пырлина Н. П. К вопросу об источниках экспертных ошибок при оценке тяжести повреждений челюстей и зубов. В сб.: Вопросы судебно-медицинской экспертизы. В. 2. М., 1955, с. 133—140.
- Пырлина Н. П. Вопросы утраты трудоспособности при повреждениях лица. В кн.: Реферат докл. 2-го расширенного совещания судебно-медицинских экспертов Армении. Ереван, 1955, с. 32—34.
- Пырлина Н. П. О судебно-медицинской оценке повреждений лица. В кн.: Сборник трудов кафедры судебной медицины Сталинабадского ГМИ. В. 3. Сталинабад, 1952, с. 75—85.
- Пырлина Н. П. Судебно-медицинская оценка повреждений лица. Дисс. канд. М., 1951, с. 267.
- Повертовски Г. Лобно-лицевые травмы. Варшава, 1968, с. 161.
- Рауэр А. Э. Переломы челюстей и повреждение мягких тканей лица. М., 1932, 1936, 1940, 1947.
- Рубежанский А. Ф. Судебно-медицинская оценка тяжести переломов челюстно-лицевых костей и повреждений зубов применительно к УК РСФСР, 1960. В кн.: Судебно-медицинская экспертиза. 1962, с. 37—40.
- Рубежанский А. Ф. К судебно-медицинской экспертизе переломов костей челюстно-лицевой области. В кн.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. В. 3. Грозный 1962, с. 22—26.
- Рубежанский А. Ф. Сроки лечения, исходы и отдаленные последствия 499 переломов челюстно-лицевых костей. Стоматология, 1962, № 5, с. 60—64.
- Рубежанский А. Ф. Клиническая характеристика травматических переломов нижней челюсти и их судебно-медицинская оценка в соответствии с правовыми нормами УК РСФСР, 1960. Тезисы докладов научн. сессии Кубанского ГМИ. Краснодар, 1961, с. 69—70.
- Рубежанский А. Ф. Рациональные критерии судебно-медицинской оценки переломов челюстно-лицевых костей и повреждений зубов применительно к правовым нормам УК РСФСР, 1960. Тезисы докладов XI расширенной конф. Ленинградское отделение Всесоюзного научн. об-ва судебных медиков. Л., 1961, с. 308—311.

- Рубежанский А. Ф. К изучению прочности кости нижней челюсти применительно к механизму образования ее переломов. Тезисы докладов XI расширенной конф. Ленинградское отделение Всесоюзного научн. об-ва судебных медиков. Л., 1961, с. 134—135.
- Рубежанский А. Ф. Материалы к судебно-медицинской экспертизе переломов костей челюстно-лицевой области и повреждений зубов. Дисс. канд. Краснодар, 1960.
- Рубежанский А. Ф. О критериях медицинской оценки тяжелых переломов костей челюстно-лицевой области. Тезисы докл. научн. сессии Кубанского ГМИ. Краснодар, 1960, с. 67—68.
- Рубежанский А. Ф. Значение комплексного судебно-стоматологического освидетельствования в практике судебно-медицинской экспертизы. В кн.: Сборник текстов и тезисов докл. 2-й расширенной Краснодарской краевой научн.-практ. конф. стоматологов и зубных врачей. Краснодар, 1961, с. 60—61.
- Рубежанский А. Ф. Клинические основы судебно-медицинской экспертизы переломов костей челюстно-лицевой области. В кн.: Сборник текстов и тезисов докладов 2-й расш. Краснодарской краевой научн.-практ. конференции стоматологов и зубных врачей. Краснодар, 1961, с. 53—59.
- Рубежанский А. Ф. Некоторые данные судебно-медицинской характеристики травматических ангулярных переломов нижней челюсти. В кн.: Вопросы судебной экспертизы. Алма-Ата, 1960, с. 111—112.
- Рубежанский А. Ф. К характеристике травматических переломов верхней челюсти по данным клиники и судебно-медицинской практики. Тезисы докл. научн. сессии Кубанского ГМИ. Краснодар, 1959, с. 70—71.
- Рубежанский А. Ф. К вопросу судебно-медицинской оценки тяжести повреждений зубов. Материалы 4-й расширенной научн. конф. Киевского отделения УкрНОСМиК. Киев, 1959, с. 67—68.
- Руководство по хирургической стоматологии. Т. 2. М., 1972.
- Сафрай Е. С. Редкий случай проникающего ранения черепа коническим предметом с входным отверстием на лице. Актуальные вопросы судебной медицины. Труды кафедры судебной медицины 1-го ММИ и Ленинградских судебных медиков. В. 3. Л., 1970, с. 118—120.
- Худайназарова Т. О. Подкожная эмфизема при переломе нижней челюсти. Здравоохр. Туркменистана, 1965, № 10, с. 24.
- Черкавский Н. Б. К вопросу о судебно-медицинской экспертизе при травмах челюстно-лицевой области. В кн.: Сборник научн.-практ. работ по стоматологии. Севастополь, 1966, с. 134—140.
- Янковская К. Д. Случай смерти от проникающего ранения верхней губы с повреждением основания черепа. В кн.: Вопросы травматологии, токсикологии, скоропостижной смерти и деонтологии в экспертной практике. М., 1966, 312—314.

**СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ЭКСПЕРТИЗА ПОВРЕЖДЕНИЙ,
ПРИЧИНЕННЫХ ЗУБАМИ**

Повреждения, причиненные зубами, составляют 2,5% экспертиз при определении степени тяжести телесных повреждений (Е. З. Бронштейн), или 1,38% среди всех видов экспертизы живых лиц (А. П. Иванов). По нашим данным, на 257 946 экспертиз живых лиц, произведенных в связи с различными травмами, нанесенные зубами повреждения составили 1405 экспертиз, или 0,5%. Фактически частота таких повреждений еще больше, если учесть результаты судебно-медицинских исследований трупов.

При судебно-медицинской экспертизе повреждений, причиненных зубами, устанавливаются их характер, прижитенность и давность нанесения, механизм травмы, нанесены они человеком или животным, а также квалифицируется степень тяжести таких повреждений. При летальных исходах необходимо выявить причинную связь между повреждением и наступлением смерти. К числу экспертных возможностей, реализующихся в зависимости от особенностей повреждения, относятся решение вопроса, не является ли травма результатом самоповреждения, идентификация лица, нанесшего травму по отпечаткам или следам действия зубов, ориентировочное суждение о его возрасте, иногда о профессии и некоторые другие.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРИЧИНЕННЫЕ ЗУБАМИ
ЧЕЛОВЕКА**

Повреждения, причиненные зубами человека, имеют место преимущественно при бытовой травме (до 70%). Они могут встретиться при половых преступлениях и половых извращениях (до 10%), иногда являются самоповреждениями, причиненными с целью симуляции повреждений или по иным мотивам, и, наконец, в редких случаях наносятся случайно.

Чаще
ках, втор
лицо и г
они набл

ЛОКАЛИ

Ло

Волосистая
Лицо
Шея
Грудная кле
Живот
Половые орг
Верхняя кон
Нижняя кон
Спина
Сочетание ук
локализации

Характер
зависит от
зубо-челюс
рактен при
ды зубов,
ности (воз
Зубы о
первую оче
и растрески
ный, рванос
и преоблада
ют раны ти
особенно пр
может повл
Поврежд
присасываю
сируются к
ковой, глуб
ляет 0,25 к

Чаще всего повреждения зубами локализуются на руках, второе место по частоте встречаемости занимают лицо и грудная клетка, а на остальных участках тела они наблюдаются относительно реже (табл. 11).

Таблица 11

ЛОКАЛИЗАЦИЯ УКУСОВ, ПРИЧИНЕННЫХ ЗУБАМИ, У ЖИВЫХ ЛИЦ
(ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И Ю. Д. ГУРОЧКИНУ)

Локализация	Причинены человеком		Причинены животными (собаки)	
	число наблюдений	%	число наблюдений	%
Волосистая часть головы	2	0,2	—	—
Лицо	193	16,5	—	—
Шея	9	0,8	—	—
Грудная клетка	42	3,6	—	—
Живот	6	0,6	—	—
Половые органы	3	0,3	2	3,3
Верхняя конечность	808	68,9	22	36,0
Нижняя конечность	34	2,9	20	32,8
Спина	25	2,1	—	—
Сочетание укусов различной локализации	48	4,1	17	27,9
Итого	1170	100,0	61	100,0

Характер повреждений, нанесенных зубами человека, зависит от ряда факторов. Прежде всего имеет значение зубо-челюстной аппарат, причиняющий повреждения: характер прикуса, действие одной или обеих челюстей, виды зубов, наносящих повреждение, а также их особенности (возрастные, индивидуальные) и протезирование.

Зубы оказывают на повреждаемые ими ткани и в первую очередь на кожу давление, вызывая натяжение и растрескивание ее, что придает повреждениям лоскутный, рвано-ушибленный характер. При острых концах и преобладании длины зубов над их шириной возникают раны типа колотых. Наличие режущих поверхностей, особенно при сильном сжатии челюстей во время укуса, может повлечь за собой откусывание частей тела.

Повреждение ткани при укусах может вызываться присасывающим действием полости рта, когда губы фиксируются к кожным покровам. По данным К. И. Хижняковой, глубина возникающего при этом вакуума составляет 0,25 кгс/см, что примерно соответствует воздейст-

Таблица 12

ХАРАКТЕР ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ ЗУБАМИ ЧЕЛОВЕКА,
У ЖИВЫХ ЛИЦ (ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ
И Ю. Д. ГУРОЧКИНУ)

Характер повреждения	Число на- блюдений	%
Ссадины	345	24,7
Кровоподтеки	245	17,5
Раны	509	36,3
Сочетание повреждений (ссадины и кровоподтеки, ссадины и раны и т. д.)	299	21,5
Итого	1398	100,0

вию на кожу медицинской банки. Присасывающее действие полости рта обуславливает возникновение крово-подтека, для которого характерно поверхностное распо-ложение (подкожная клетчатка не повреждается). Та-кой кровоподтек состоит из множества отдельных и ме-стами сливающихся мелкоклеточных кровоизлияний, по-этому процессы рассасывания идут неравномерно, вслед-ствие чего имеет место его неоднородная, «пестрая» ок-раска.

После изнасилования гр-ки К. на левой стороне подбородка был обнаружен кровоподтек неправильной формы, распространявшийся от левого угла рта на левую щеку и подбородок, размером $4,5 \times 5$ см, имевший на 5-й день желтую окраску. У правого угла рта имелся кровоподтек $2,5 \times 3$ см, в центральной части багрового цвета, а по периферии — желтого. На передней поверхности шеи, на 3 см правее верхнего края щитовидного хряща, и на передней поверхности левого надплечья располагались округлой формы кро-воподтеки диаметром 2 см, в центральной части грязно-желтого цвета, а по периферии — более интенсивной окраски. Кровоподтеки сохранялись у потерпевшей в течение 10 дней, постепенно изменяя свою в общем равномерную окраску. По показаниям гр-ки К., эти повреждения были ей нанесены ударами кулака насильника, в то время как обвиняемый утверждал, что они возникли в результате поцелуев. Длительность сохранения кровоподтеков, свидетельствую-щая о глубине повреждений, их равномерное изменение окраски в результате рассасывания позволили отказаться от заключения экс-перта о том, что они были причинены воздействием губ при поце-луях, и рассматривать их как результат действия твердого пред-мета с ограниченной поверхностью, в том числе и кулака. В судеб-ном заседании это заключение было подтверждено (наблюдение К. И. Хижняковой).

По механизмам возникновения различают три вида укусов. В одних случаях вследствие нажима фронталь-

Рис. 32. Отпеч

Рис. 33. Откус

ных зубов об-
зультате дви-
частицы оса-
да — отпечат-
сти коронки
пространенн-
ке защитит-
повреждение
вающим дей-
этом осаднен-
ном направл-
стицы оседа-
ба («сосател-
место при со-
ставляет ком-
действие неп-
щим действи-
При повр-
кровоподтеки
(табл. 12). В



Рис. 32. - Рис. 33.

Рис. 32. Отпечатки зубов человека на крыльях носа при попытке его откусывания.

Рис. 33. Откус части ушной раковины, причиненный зубами человека.

ных зубов обеих челюстей прорывается эпидермис, в результате движения зубов в направлении спереди назад частицы осадненного эпидермиса остаются в конце следа — отпечатка на коже, а также на язычной поверхности коронки зуба («рваный укус»). Это наиболее распространенный вид укуса, наблюдаемый в драке, попытке защитить себя от нападения и т. п. В других случаях повреждение зубным аппаратом обусловлено присасывающим действием полости рта. Возникающее при этом осаднение эпидермиса происходит в противоположном направлении — сзади наперед и свободные его частицы оседают на внешнем крае следа — отпечатка зуба («сосательный укус»). Такой вид укуса может иметь место при сексуальных преступлениях. Третий вид составляет комбинированный укус, когда повреждающее действие непосредственно зубов сочетается с всасывающим действием полости рта.

При повреждениях зубами наблюдаются ссадины, кровоподтеки, а также сочетания этих повреждений (табл. 12). В ряде случаев имеет место откусывание от-

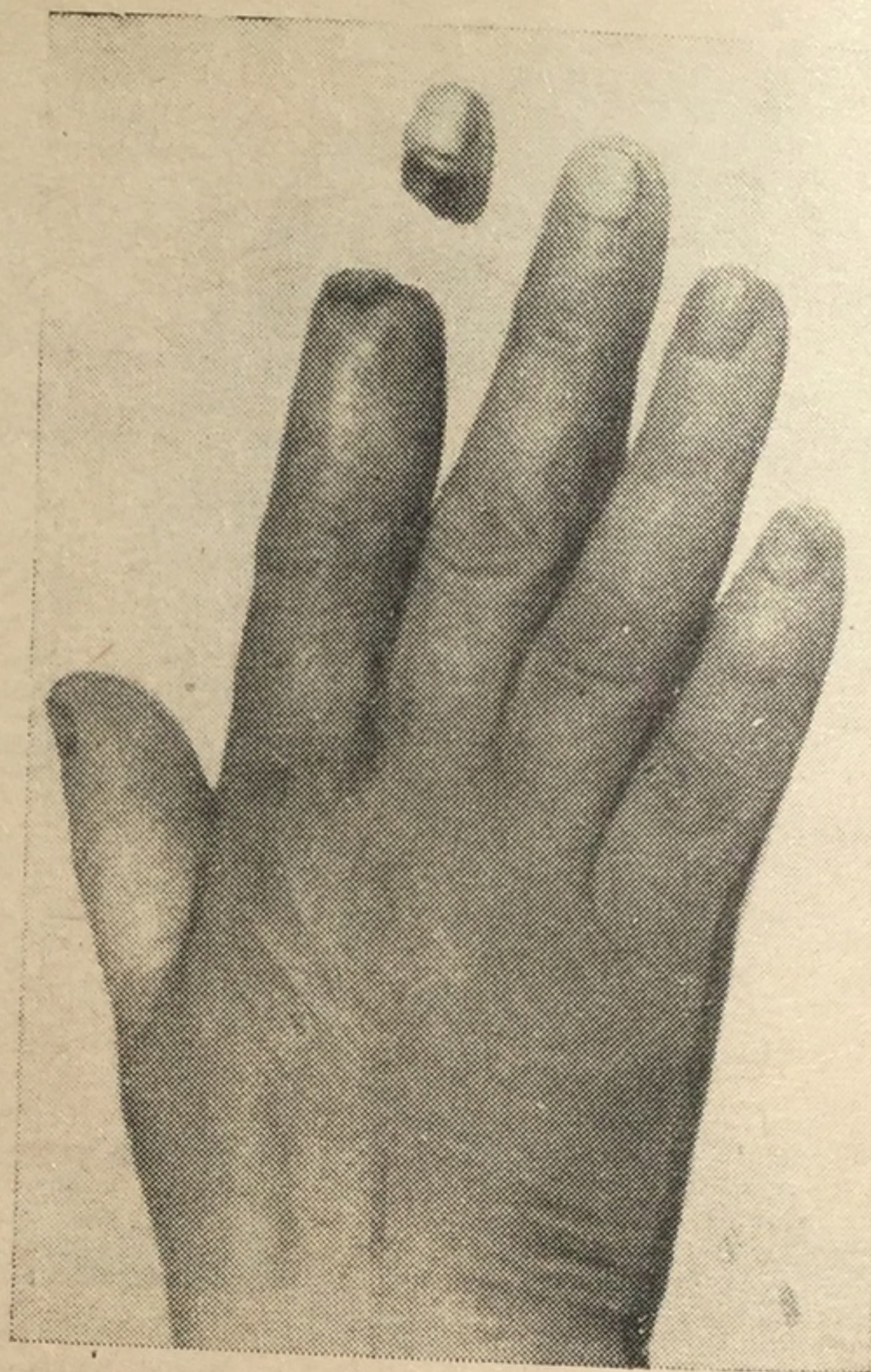
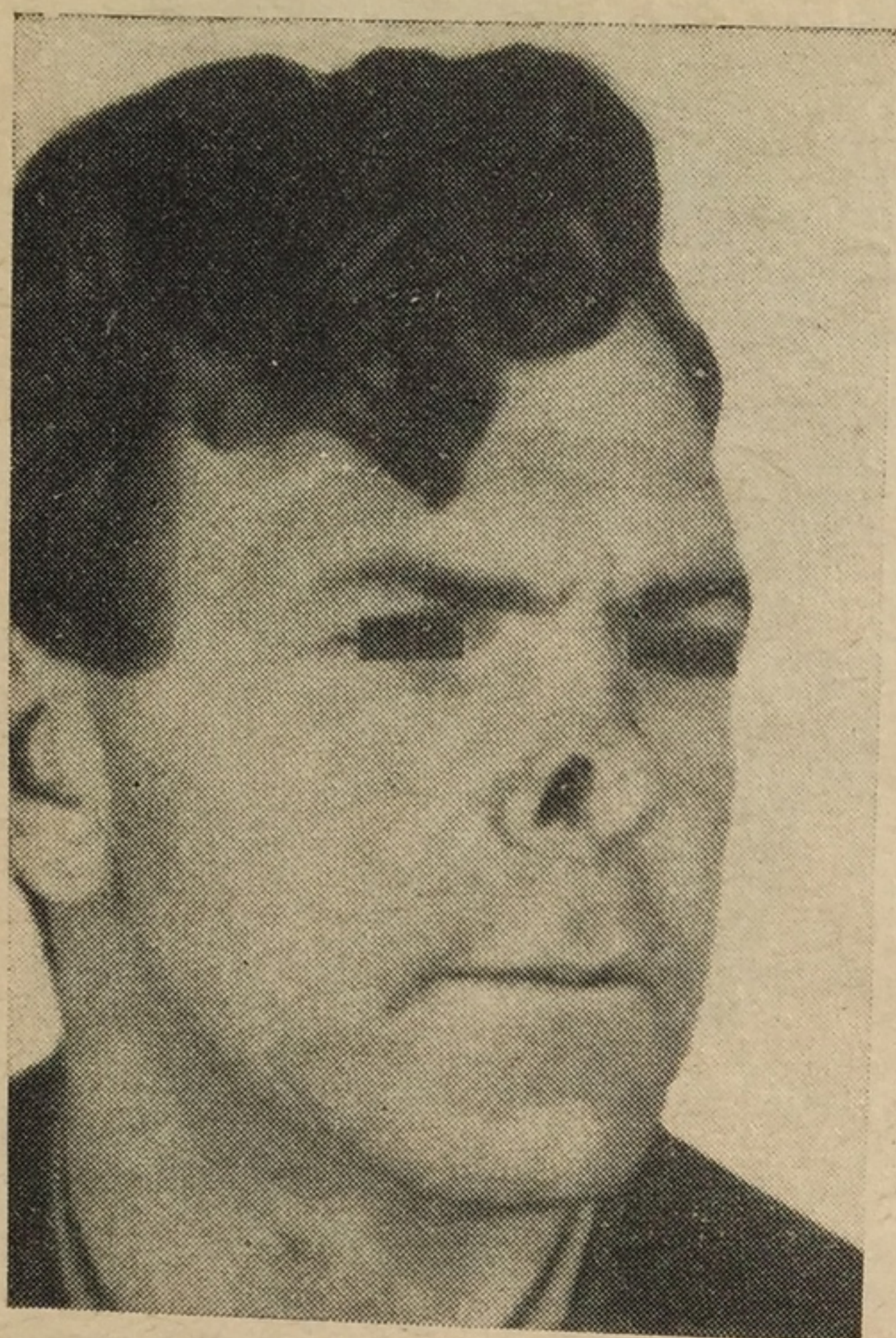


Рис. 34. Рис. 35.

Рис. 34. Откус части правого крыла носа, причиненный зубами человека.

Рис. 35. Отчленение фаланги пальца, причиненное зубами человека.

дельных частей тела: кончика языка, носа, части губы, щеки, ушной раковины, соска молочной железы и других (рис. 32, 33, 34, 35).

Характерными для укусов являются повреждения, имеющие форму в виде двух дуг (рис. 36, 37). Величина дуги дает возможность, правда, в весьма грубых пределах, судить о возрасте лица, нанесшего повреждение.

Г. Л. Голобродский приводит экспертизу 2-летнего ребенка, на теле которого мать заметила следы действия зубов. Величина как всего укуса, так и отпечатков отдельных зубов позволила установить, что травма нанесена не взрослым человеком, а ребенком, и по материалам дела выяснилось, что она была причинена во время игры детей в детском учреждении.

При повреждениях, причиненных зубами одной челюсти, возникают множественные ссадины, кровоподтеки, а чаще раны, расположенные в форме дуги. Они имеют линейную или треугольную форму и рвано-ушибленные края. Характерны для таких повреждений и ссадины ли-

нейной и
формы, по
ствующие
поврежда
ности зубо

Особенн
укуса зави
ния зубног
поставленн
ную друг к
она оказыва
ной и непре
ли имеются
между зуб
разуются п
отпечатки,
щие судить
отдельных
фекты зуб
также обу
перерыв в д
Имеют

значение по
причиняемые
ными группа
Следы де
цов чаще вс
продолговату
и по своим
обычно соот
ширине режу
зуба. Так ка
верхние резц
боковых, то
ки их, а так
ими причинен
зываются бол
кими и п
С возрастом во
стирания, ко
ральная режу
оказывается
ной венчиком
след приобрета

нейной или округлой формы, почти соответствующие по размерам повреждающей поверхности зубов.

Особенности дуги укуса зависят от строения зубного ряда. При поставленных вплотную друг к другу зубам она оказывается сплошной и непрерывной. Если имеются расстояния между зубами, то образуются прерывистые отпечатки, позволяющие судить о ширине отдельных зубов. Дефекты зубного ряда также обуславливают перерыв в дуге.

Имеют экспертное значение повреждения, причиняемые отдельными группами зубов.

Следы действия резцов чаще всего имеют продолговатую форму и по своим размерам обычно соответствуют ширине режущего края зуба. Так как средние верхние резцы больше боковых, то и отпечатки их, а также раны, ими причиненные, оказываются более глубокими и широкими. С возрастом вследствие стирания, когда центральная режущая часть оказывается окруженной венчиком эмали, след приобретает коль-



Рис. 36. Отпечатки зубов человека на внутренней поверхности левого плеча.



Рис. 37. Отпечатки зубов человека на спине.

цевидную форму. С 45-летнего возраста наблюдается не-
большой пробел между средними и боковыми резцами.

Следы действия клыков имеют округлую форму. От-
носительно большая их длина по сравнению с шириной
обуславливает возникновение колотых ран. Возрастное
стирание нивелирует эту особенность, и их следы стано-
вятся сходными со следами резцов.

При укусе всеми передними зубами по концам сле-
да-отпечатка наблюдаются воронкообразные углубления,
соответствующие конусообразной форме клыков.

Следы коренных зубов представлены в виде ссадин
и кровоподтеков, имеющих четырехугольную форму. Ра-
ны при этом возникают редко и имеют типичные призна-
ки ушиба (осажденность и кровоподтечность краев).

Очевидно, что аномалии прикуса, зубных рядов и от-
дельных зубов, а также их патологические, профессио-
нальные и другие изменения объясняют возможные ва-
рианты повреждений. Следует иметь в виду, что искусст-
венные зубы или зубы, покрытые коронками, оставляют
менее выраженные следы, чем естественные зубы. При
обеих искусственных челюстях в момент укуса передни-
ми зубами задняя пластинка отстает и не происходит
полного смыкания челюстей, достаточного для того, что-
бы прокусить кожу.

Немаловажное значение для реализации действия зу-
бов имеют топографо-анатомические взаимоотношения
повреждаемых кожи, подлежащих мягких тканей и ко-
сти. Если под кожей близко расположена кость, то, как
правило, возникают укушенные раны и ссадины. Если
под кожей располагается толстый слой мягких тканей,
то возникают ссадины и кровоподтеки. Раны в этих слу-
чаях наблюдаются реже и возникают лишь при сильном
сжатии зубами, когда возможно также откусывание от-
дельных частей тела.

На предплечьях, плечах, грудной клетке, спине, яго-
дицах, бедрах и голенях, когда повреждения причинены
зубами обеих челюстей, образуются кровоподтеки в ви-
де кольца или овала, а ссадины представлены отпечат-
ками зубов. Центральная часть кольца или овала, имею-
щая при нанесении травмы взрослым человеком диа-
метр до 4 см, остается неповрежденной. Края кровопод-
тека иногда приобретают зазубренные, неровные линии
и имеют форму замкнутого кольца. В зависимости от
толщины тканевой складки, оказывающейся между зу-

Рис. 38. Отпечат-
человека на бо-
ладонной пове-
большого паль-
руки.

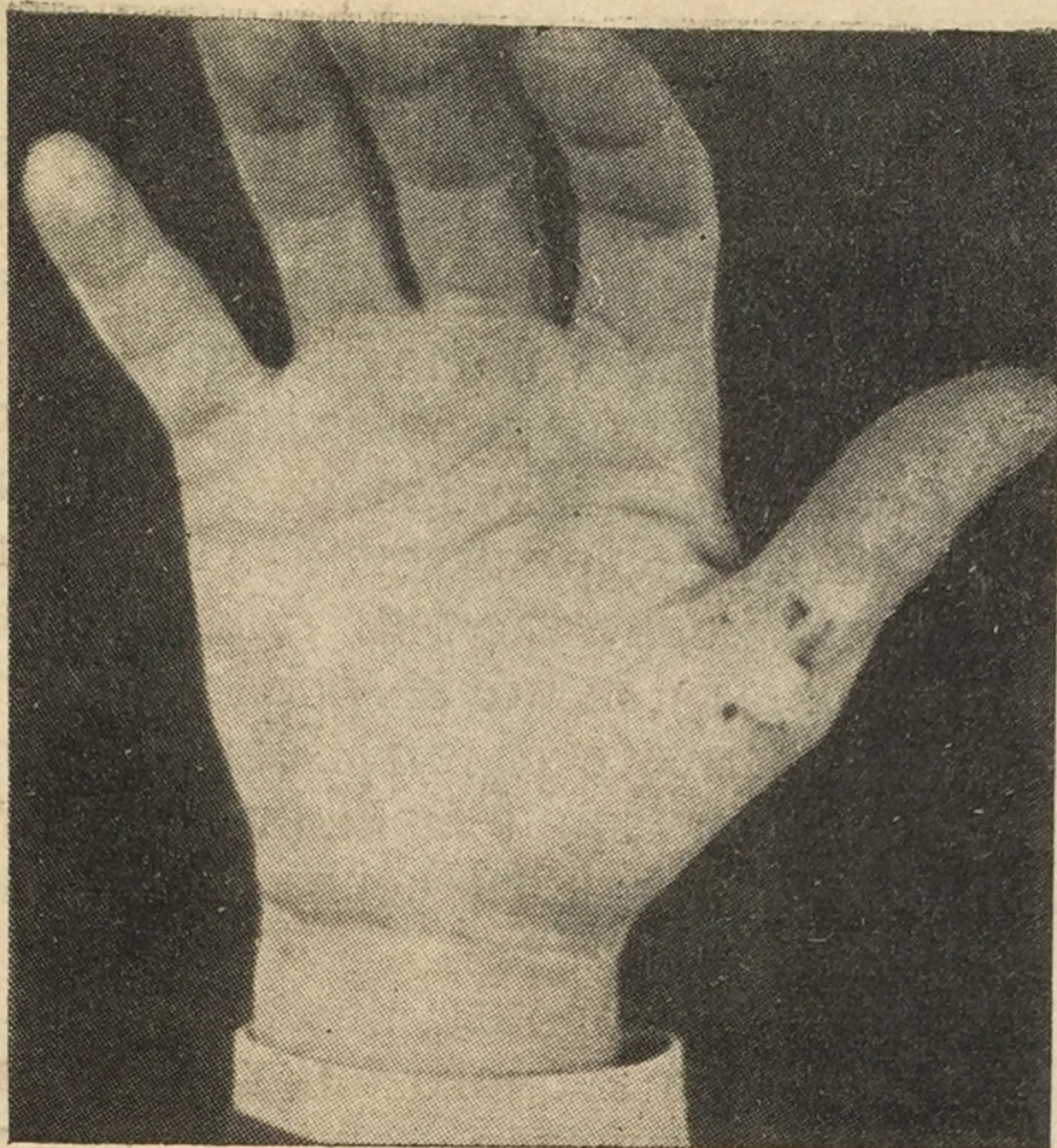
бами, измен-
чатков отде-
На лице,
дины и ран-
ссадины и р-
этих частей
ных сторона
(рис. 38). Н-
ссадины и р-

Характер
ления дейст-
ткани и от к-
или неподви-

При дейс-
кожи и отно-
более полно
(давление, п-
печаток, ран-
ностях зубно
в нанесении
действии зуб
сительно под-
рата в момен-
верхности те-
имеют вид л-

7 Сवादковский Б.

Рис. 38. Отпечатки зубов человека на боковой и ладонной поверхностях большого пальца правой руки.



бами, изменяется величина дуг, а также количество отпечатков отдельных зубов и расстояние между концами дуг.

На лице, особенно на носу и щеках, встречаются ссадины и раны. На пальцах (I—II, реже V) наблюдаются ссадины и раны, которые ввиду незначительной толщины этих частей тела располагаются на двух противоположных сторонах: ладонной и тыльной, локтевой и лучевой (рис. 38). На тыле кисти преимущественно встречаются ссадины и раны.

Характер повреждений при укусах зависит от направления действия зубов по отношению к повреждаемой ткани и от их контакта с ней, а также от подвижности или неподвижности жертвы в момент укуса.

При действии зубов перпендикулярно к поверхности кожи и относительно неподвижном положении тела наиболее полно выявляется их повреждающее действие (давление, прикусывание и др.). В результате след-отпечаток, рана дают наилучшую информацию об особенностях зубного ряда и отдельных зубов, участвовавших в нанесении повреждения («статические следы»). При действии зубов под углом к поверхности кожи и относительно подвижном положении тела или зубного аппарата в момент укуса происходит движение зубов по поверхности тела. Возникающие при этом повреждения имеют вид линейных ссадин или царапин, и эти следы

(«динамические следы») в меньшей степени отображают особенности зубного аппарата.

Сила, действующая на одежду и ткани при укусах, сравнительно невелика, и зубы человека по сравнению с зубами животных не имеют столь острых режущих поверхностей. Установлено, что абсолютная сила жевательных мышц при откусывании составляет 60—75 кг для фронтальных зубов и 90—150 кг для жевательных зубов (В. Ю. Курляндский). Поэтому, как правило, возможность повреждения тела человека через плотные слои одежды или обуви представляется относительно небольшой. Вместе с тем Вахгольц описал случай, когда девушка при сопротивлении прокусила полицейскому большой палец ноги через сапог, после чего развилась гангрена пальца.

С другой стороны, на конечный эффект повреждающего действия зубного аппарата оказывают влияние механические свойства кожи, которые изменяются с возрастом, половые различия и особенности отдельных участков тела. Естественно, что на свободных от одежды открытых частях тела, а повреждение этих участков составляет $\frac{2}{3}$ среди всех повреждений, следы-отпечатки зубов выражены наиболее отчетливо. Однако на коже при укусах, причиненных даже через несколько слоев одежды, они могут иметь достаточно четкое отображение.

Следы-отпечатки зубов, в основном статические, образуются и на одежде, особенно на трикотаже вискозного шелка, шерстяных материалах, содержащих синтетические волокна, и других тканях. Поэтому общее судебномедицинское правило об исследовании одежды в случаях травмы сохраняет значение и при экспертизе укусов.

В судебно-медицинской практике приходится также решать вопрос о том, является ли повреждение зубами самоповреждением или нет. Обнаружение отпечатков или следов действия зубов на лице, грудной клетке, спине и других недоступных для собственных зубов участках тела позволяет без особого труда отвергнуть возможность самоповреждения. При оценке повреждений на тех участках тела, которые легко могут быть поднесены к собственному рту, экспертными критериями могут служить лишь идентификационные признаки при сравнении отпечатка зубов на теле пострадавшего с отпечатками его собственного зубочелюстного аппарата, а также лица, подозреваемого в нанесении травмы.

Эк
зубам
стоян
оказ
на отк
В.
бами

Пов
имели ф
дений в
верхност
го, в др
ни, кото
типичное
пальцев
тела, а та
травма п

Сам
других о
лодого м
шей в п
оказалас
вынужде
бокие ук
руки, сви
водить ру
тра трупа
Течени

в основно
Ссадин
После фор
более отч
ний в виде
го зажива
ностные не
мы рубцы,
ного аппара
размягчени
нагнаивают
да являясь
сти к смерт
рук раневой
гангрены, о
ампутацию
контрактуру

Экспертный интерес представляют самоповреждения зубами, которые наносятся для снятия судорожных состояний мышц верхней и нижней конечностей лицами, оказавшимися в состоянии переохлаждения в воде или на открытом воздухе.

В. Г. Рубан описал три случая самоповреждения зубами в случаях смерти от общего охлаждения тела.

Повреждения на ногтевой, первой и второй фалангах пальцев имели фестончатые кровоподтечные края, при этом размер повреждений в одном из наблюдений соответствовал ширине режущей поверхности резцов покойного. В одном случае на губах пострадавшего, в другой — в пищеводе были обнаружены мелкие обрывки ткани, которые, как показало гистологическое исследование, имели типичное строение кожи. Прижизненный характер повреждений пальцев рук, характерные признаки смерти от общего охлаждения тела, а также материалы дела позволили прийти к заключению, что травма пальцев является результатом самоповреждения зубами.

Самоповреждения зубами могут причиняться и при других обстоятельствах. Нам известен случай смерти молодого мужчины от общего охлаждения тела, наступившей в поле в зимнее время года. Кисть пострадавшего оказалась сдавленной частями автомашины во время ее вынужденного ремонта. Множественные и довольно глубокие укусы, обнаруженные на предплечье сдавленной руки, свидетельствовали о безуспешных попытках освободить руку, что и было зафиксировано во время осмотра трупа на месте его обнаружения.

Течение и исход повреждений, причиненных зубами, в основном благоприятные (табл. 13).

Ссадины и кровоподтеки могут проходить бесследно. После формирования и отпадания корочки со ссадин более отчетливо выявляется происхождение повреждений в виде контуров-отпечатков зубов. Раны чаще всего заживают первичным натяжением, оставляя поверхностные неправильной овальной или полуовальной формы рубцы, иногда отражающие особенности зубочелюстного аппарата. Укушенные раны, особенно с глубоким размягчением мягких тканей, а также при откусах часто нагнаиваются, осложняются флегмоной, гангреной, иногда являясь источником сепсиса, который может привести к смертельному исходу. При повреждениях пальцев рук раневой процесс осложняется развитием панариция, гангрены, остеомиелитом, что нередко влечет за собой ампутацию фаланг или заканчивается разгибательной контрактурой.

Таблица 13

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЛЕСНЫХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧИНЕННЫХ ЗУБАМИ ЧЕЛОВЕКА, У ЖИВЫХ ЛИЦ
ПО УК РСФСР, 1960 (ПО Б. С. СВАДКОВСКОМУ И Ю. Д. ГУРОЧКИНУ)

Степень тяжести телесных повреждений	Число наблюдений	%
Легкое телесное повреждение, не повлекшее за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности	867	74,1
Легкие телесные повреждения, повлекшие за собой кратковременное расстройство здоровья или незначительную стойкую утрату трудоспособности	243	20,8
Менее тяжкие телесные повреждения	19	1,6
Тяжкие телесные повреждения	—	—
Экспертная квалификация отсутствует	41	3,5
Всего	1170	100,0

Осложненные укушенные раны заживают вторичным натяжением с формированием глубоких и грубых рубцов. Такие рубцы на лице расцениваются как неизгладимые. Известны случаи передачи через укус сифилиса и туберкулеза.

Установление прижизненности и давности повреждений, причиненных зубами, проводится по общим судебно-медицинским тестам (реактивные явления, динамика кровоизлияний и др.).

При судебно-медицинской экспертизе следует указывать локализацию и характер повреждения, форму, цвет и размеры, особенно выделяя описание формы, непрерывности и другие особенности дуги, а также форму, размеры, цвет и прочие детали отпечатков или следов зубов, состояние центральной части, заключенной между дугами. Необходимо произвести масштабную фотосъемку повреждения и снятие слепка. В последнее время используется исследование слюны, изъятной из области укуса, для установления ее типовой принадлежности.

ПОВРЕЖДЕНИЯ, ПРИЧИНЕННЫЕ ЗУБАМИ ЖИВОТНЫХ

Объектом экспертного исследования могут являться укусы рыб, птиц, млекопитающих. Эти повреждения при-

Рис. 39

ходится
а также
Укусы
ловеку, т
ных сост
живых ли
причинен
собаками.
чечных, ли
тенообрази
наподобие
рванные ра
размыкая
своей жерт
ных рядов
ми, причем
резцы.
Малые
дения, сход
Различа
41). При бо

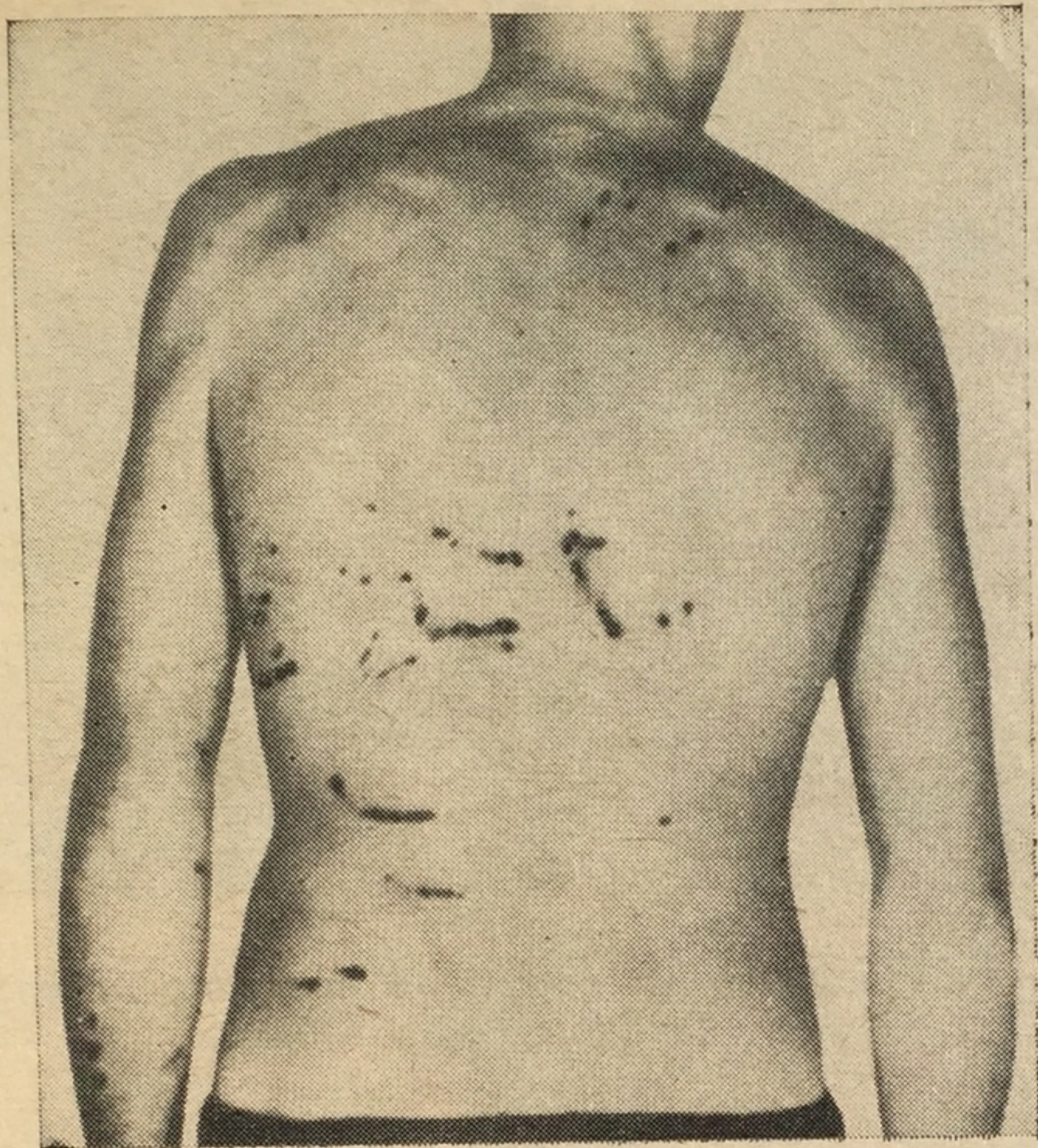


Рис. 39. Повреждения на спине, причиненные зубами собаки.

ходится дифференцировать от действия зубов человека, а также других тупых и острых предметов.

Укусы животных могут причиняться как живому человеку, так и труп. По нашим данным, укусы животных составляют 1,2% судебно-медицинских экспертиз живых лиц, произведенных в связи с повреждениями, причиненными зубами. Чаще такие укусы причиняются собаками. Повреждения имеют вид множественных точечных, линейных, дугообразных ссадин, круглых и веретенообразных ран (рис. 39), в частности вытянутых наподобие восклицательных знаков. Ушибленные или рваные раны имеют нередко дефект ткани, так как, не размыкая челюстей, собака после укуса отскакивает от своей жертвы. По сравнению с человеком отпечатки зубных рядов представлены более узкими зубными дугами, причем более широкими могут оказаться боковые резцы.

Малые и большие коренные зубы вызывают повреждения, сходные с травмой, нанесенной резцами.

Различают боковой и прямой укус собаки (рис. 40, 41). При боковом укусе вследствие смыкания челюстей



Рис. 40. Отпечатки зубов на наружной поверхности правого бедра при боковом укусе собаки.

нижний клык вдвигается между верхним и крайним большим резцами. Раны, наносимые этими тремя зубами, могут быть весьма обширными. При прямом укусе, встречающемся главным образом на частях тела, захват которых возможен обеими челюстями (рука, нога), наблюдаются отпечатки всех передних зубов.

Женщину 35 лет укусила собака за ногу. При судебно-медицинской экспертизе в средней трети передней поверхности правого бедра на 8-й день после укуса были обнаружены расположенные в виде треугольника три раны, покрытые засохшими буро-красного цвета корочками, выступающими над уровнем окружающей кожи, размером 1×1 см (одна) и $0,8 \times 0,5$ см (две) с расстоянием между ними 1 см. На расстоянии 4,5 см ниже описанных повреждений было обнаружено розоватое пятно округлой формы размером $1,2 \times 1$ см. Вокруг этих повреждений на участке 13×12 см располагался кровоподтек с зеленоватым оттенком.

Очевидно, что в этом случае имел место боковой укус собаки; раны кожи, расположенные на вершинах «треугольника», явились следами действия клыков и резца, а ниже расположенное округлой формы повреждение относится к действию коренного зуба, что в совокупности вполне достаточно для идентификации породы собаки.

Мужчина, сопровождаемый небольшой собакой-пинчером, подвергся нападению грабителя. Защищаясь, потерпевший укусил грабителя за руку, а его собака — в колено. Через 2 дня подозревае-

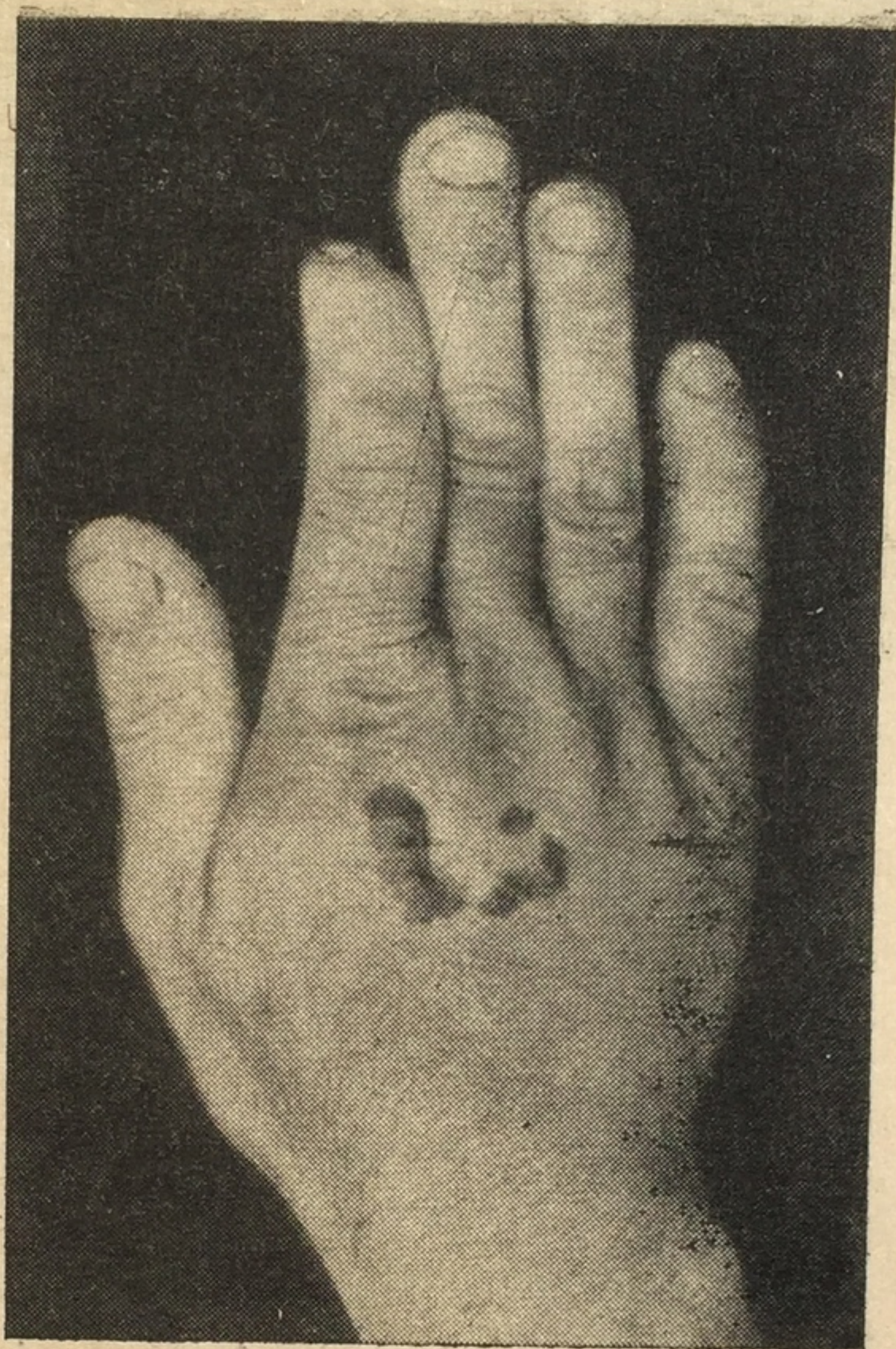
Рис. 4
на т
право
мо

мый бы
лена он
осматри
укушенн
коже ле
в виде
Так как
действия
сравненн
лось, чт
2 см, у
чения пр

Пов
распол
(см. та
3. М
чай по
вследст

Жен
в тот мо
бака схв
нательная

Рис. 41. Отпечатки зубов на тыльной поверхности правой кисти при прямом укусе собаки.



мый был арестован. Он утверждал, что повреждение в области колена он получил от дворовой собаки — ньюфаундленда. Эксперт, осматривавший арестованного, обнаружил на пальце левой руки укушенную рану с отчетливыми отпечатками зубов человека, а на коже левого коленного сустава имелись три раны, располагавшиеся в виде вершин треугольника, стороны которого имели длину 1 см. Так как это был боковой укус — две верхние раны отнесены за счет действия верхнего клыка и крайнего резца, — было проведено сравнение расстояний между зубами у обеих пород собак. Оказалось, что у дворовой собаки расстояние между зубами составляло 2 см, у пинчера — 1 см, что явилось важной уликой для изображения преступника (наблюдение Contagne).

Повреждения, причиненные зубами собаки, обычно располагаются на нижней части тела пострадавшего (см. табл. 11).

З. М. Кушнир и В. Т. Смольков описали редкий случай повреждения влагалища, матки и мочевого пузыря вследствие укуса собаки.

Женщину 60 лет, страдавшую выпадением влагалища и матки, в тот момент, когда она перелезала через забор, сторожевая собака схватила зубами за промежность. Юбка в нижних отделах, нательная рубашка были обильно пропитаны кровью, но оказались

целыми. При осмотре половых органов было обнаружено выпадение резко отечного влагалища и матки. На передней стенке влагалища в направлении сверху вниз располагалась рана размером 10×2 см с неровными кровоподтечными краями, в дне которой отчетливо выявлялось повреждение стенки мочевого пузыря размером $4,5 \times 1,5$ см, проникающее вплоть до слизистой, но без нарушения ее. При катетеризации из мочевого пузыря выделилась светло-желтоватого цвета прозрачная моча. На передней губе шейки матки была обнаружена рваная рана размером $3 \times 1,2 \times 1$ см. Проведены хирургическая обработка и вправление влагалища и матки. Послеоперационное течение гладкое, длительность расстройства здоровья составила 2 недели.

Множественные укусы собак могут оказаться смертельными.

Девочка 13 лет была искусана тремя сторожевыми собаками, обнаружена истекающей кровью и вскоре умерла. При вскрытии отмечались: обширная скальпированная рана головы, разрыв кожи, подлежащих мышц и яремной вены на правой боковой поверхности шеи, такого же характера повреждение кожи, поверхностных мышц и подкожной вены бедра, а также многочисленные ссадины неправильной, частью круглой, частью дугообразной формы, а также в виде четких отпечатков зубов. Некоторые из ран имели круглое входное отверстие, они проникали только через кожу, имея конусообразно суживающийся канал, первоначально расцененный как колотые раны (наблюдение Гофмана).

На территории овощной базы был обнаружен мальчик 9 лет без одежды, в ботинках. Рядом с ним валялась порванная одежда. Около мальчика находились собаки. Ребенок доставлен в больницу в состоянии шока, с множественными различной глубины и размеров ранами, которые были расценены как резаные и колотые (?). Проведенные противошоковые мероприятия и хирургическая обработка ран оказались неэффективными, и мальчик умер.

При судебно-медицинском исследовании трупа на лице, шее, руках, ногах, туловище, в паховых областях и области промежности были обнаружены 30 ран овальной и веретенообразной формы, частично хирургически обработанных. Длина ран от 1,1 до 9 см. Глубина их в основном не превышала толщины кожи, а на бедрах и ягодицах раны проникали в мышечную ткань. Оборванные концы мышц неровные, кровоподтечные. Края ран неровные, в дне — мышечные перемычки. При стереоскопическом исследовании повреждений кожи заключение об укушенно-рваных ранах было подтверждено. Кроме того, на теле было обнаружено множество ссадин в виде полос, овалов и точек, местами явно отражающих след когтей собак.

Смерть наступила от массивной кровопотери из повреждений, причиненных зубами собак (наблюдение В. В. Писмарева).

Заслуживают внимания повреждения, причиненные зубами собак трупам людей.

В деревенском доме, в кровати, обнаружен изуродованный труп пожилой женщины. Голова отсутствовала. Левая плечевая кость была лишена мягких тканей и раздроблена. На постельном белье

имелся след собачьей лапы. По дороге от дома в лес были обнаружены следы крови и полоса волочения от движения по дороге круглого предмета. При вскрытии трупа в местах отделения головы и повреждений на плече реактивные явления отсутствовали, признаков острого малокровия не обнаружено (наблюдение Devergie).

Описан случай объедания половых губ трупа комнатной собакой (Лепковский и Вахгольц).

При укусах жвачных животных (вследствие мощности и большой силы сжатия челюстей) наблюдаются повреждения от давления, а также от растяжения тканей (из-за фиксации ткани в зубном аппарате и движений животного и жертвы). Повреждения зубами лошади возникают только от действия резцов (6 зубов), имеющих форму перевернутой пирамиды, основание которой — коронка имеет широкую сплюснутую поверхность, оказывающую давление на ткань.

При непродолжительном и слабом укусе возникают ссадины-отпечатки в виде дуг, при сильном укусе отпечатки зубов представлены пергаментного вида, некротизированным повреждением кожи и подлежащих тканей, повторяющим форму зубных рядов с неповрежденными участками между дугами. Погружение резцов в глубь тканей, крепкая фиксация челюстей, а также движения животного и жертвы вследствие растяжения соседних участков кожи и мягких тканей обуславливают глубокие кровоизлияния, тканевые разрывы и отрывы.

Повреждения локализуются преимущественно на лице, в области плечевого пояса, верхних конечностей, а иногда шеи. Возникают обширные и глубокие поражения мягких тканей и костей, иногда напоминающие вид рубленых ран. Зона повреждения вследствие вторичного нарушения кровообращения выходит за пределы укуса.

Наряду с развитием травматического шока возникают такие осложнения, как подкожная эмфизема, флегмона, остеомиелит, септицемия, травматические параличи конечностей, а впоследствии — атрофия и контрактуры мышц. Укус лошадью может привести к острой смерти, если поражены жизненно важные органы.

Конюха укусила лошадь в переднюю поверхность шеи. Наступила моментальная смерть. При судебно-медицинском исследовании трупа были обнаружены раздробление щитовидного хряща, полное разможнение доли щитовидной железы и разрыв пищевода (наблюдение Э. Кноблоха).

Известна и симуляция повреждений, нанесенных зубами лошади.

Группа преступников при помощи специальных щипцов воспроизводила на руках отпечаток укуса лошадью. Затем один из них становился перед лошадью, оставленной на улице, и громко кричал, что ему нанесена травма, требуя от хозяина лошади вознаграждения за полученное увечье (наблюдение Шавиньи).

При укусах кошки наблюдается закругленная маленькая дуга, а отпечатки зубов весьма мелки. Края образующихся колото-рваных ран на коже и на костях имеют вид, сходный с уколами бранш ножниц, вследствие действия клыков.

Кошки нередко наносят повреждения трупам. Известны случаи, когда они прогрызли в трупе младенца отверстие в грудную полость и выели легкие, а у трупа новорожденного кошки объели мягкие ткани лица и левый глаз, причем на краях дефекта остались следы их зубов. Кошки могут систематически поедать одну и ту же часть расчлененного трупа, а также гнилые трупы.

Соседи одинокой престарелой женщины, войдя в ее комнату, обнаружили, что ее труп объедают кошки. При осмотре трупа было установлено, что на участке $13 \times 8,5$ см в левой половине лица, охватывая подглазничную, ротовую и носовую области, располагалась неправильной овальной формы рана с неровными мелкозубчатыми краями. Дно и стенки раны были представлены остатками мягких тканей с обрывками мышц и сухожилий. Стенки раны скошены. В глубине раны видны ротовая полость, верхняя и нижняя челюсти, зубы, полость левого и частично правого носовых ходов. Хрящи носа, преимущественно слева, на значительном протяжении отсутствовали. Признаков прижизненности раны обнаружено не было.

Смерть наступила от ишемической болезни сердца на фоне алкогольного опьянения, а рана была причинена посмертно зубами кошек (наблюдение А. А. Молодцовой).

Женщина 36 лет была обнаружена на кровати мертвой с разведенными ногами и обнаженными половыми органами. Половые органы были представлены раневой поверхностью с неровными краями и небольшими тканевыми выступами. Большие и малые половые губы отсутствовали. Тотчас у края раневой поверхности и параллельно ей располагались мелкие раны линейной формы в виде полосы. Признаков прижизненности повреждений обнаружено не было. В комнате находились две кошки. Одна из них была забита, и в желудке были обнаружены лобковые волосы человека (наблюдение К. И. Хижняковой).

Встречаются случаи одновременного посмертного повреждения тела различными животными, в частности собаками и кошками.

Женщина 42 лет, страдавшая хроническим алкоголизмом, после очередного запоя в течение 5 дней не выходила из своей комнаты. Ночами из комнаты раздавался лай собаки, которая что-то грызла и рычала. При выезде на место происшествия в комнате был обнаружен труп этой женщины. На трупе сидели пять кошек и собака, которые, несмотря на появившихся людей, продолжали объедать труп. У ног трупа лежала мертвая кошка.

При судебно-медицинском исследовании трупа было установлено, что на голове справа, переходя на всю левую половину лица (лоб, щека, правая половина носа, правая ушная раковина, глазное яблоко) и правую переднюю и боковую поверхности шеи, на участке размером 26×25 см располагался дефект кожи и подлежащих мышц с неровными, крупно- и мелкозубренными подсохшими краями. Отсутствовал язык с частью надгортанника, объедены первые три пальца правой кисти до основных фаланг, с дефектами мягких тканей и кости. На открытых частях тела имелись множественные царапины и колотые ранки. Признаки прижизненности во всех повреждениях отсутствовали.

Смерть женщины наступила от отравления алкоголем, а повреждения лица, волосистой части головы, шеи, кисти и открытых частей тела были причинены посмертно зубами животных (наблюдение Р. П. Трушиной).

Мелкие грызуны объедают у трупов щеки, уши, нос, концы пальцев. Мыши проделывают отверстия в трупе и поедают внутренние органы, крысы поедают выступающие наружные образования — нос, уши и др.

К. И. Хижнякова в эксперименте с разрушением трупов плодов свиней собаками, кошками, крысами и мышами описала характерные для каждого из этих видов животных повреждения.

Собаки лапами удерживали трупы и, захватывая обеими челюстями ткани в перпендикулярном направлении по отношению к продольной оси трупа, натягивали их и отрывали. Образовывались равно-укушенные раны с лоскутными краями, обрывками кожи, мышц, сухожилий. В результате натяжения и захвата тканей возникали дополнительные мелкие раны линейной формы (вероятно, от действия клыков), расположенные у краев раневой поверхности в косом и перпендикулярном направлении к ним. Кошки захватывали мягкие ткани одной стороной обеих челюстей и натягивали их при откусывании. Образовывались раны с почти ровными, местами извилистыми краями, имевшими небольшие выступы, при этом обнажались подкожная клетчатка и скелетные мышцы. Крысы разрушали кожу на небольшом протяжении, оставляя на ней неровные фестончатые края. В основном они объедали мышечную ткань и внутренние органы. Мыши повреждали кожу на ограниченном пространстве. Край ран были подрывные, неровные, фестончатого вида. Раневой канал был представлен небольшими ямками, стенки канала имели неровную поверхность. Затем животные забирались под кожу, вследствие чего образовывался дополнительный ее разрыв линейной или полукруглой формы, разрушая относительно небольшие по сравнению с разрушенными крысами участки мягких тканей.

Свиньи могут нападать на оставленных без присмотра малолетних детей, а также причинять обширные повреждения трупам не только новорожденных, но и взрослых лиц.

Гр-ка К., 63 лет, утром ушла кормить свиней, а около 20 часов ее труп был обнаружен во дворе свинарника. Одежда оказалась во многих местах разорванной. При судебно-медицинском исследовании трупа было обнаружено почти полное скелетирование костей лицевого черепа и частично шейных и двух верхних грудных позвонков. Сухожильный шлем лобной и частично теменных областей отслоен. Мягкие ткани передней и боковой поверхности шеи, глотки, начальная часть пищевода и трахеи отсутствуют. В нижней части живота, на 11 см ниже пупка и на границе верхней трети обеих бедер, располагалась рана, проникающая в брюшную полость. Кишечник и желудок отсутствуют. Кости внутренней поверхности большого таза, оба тазобедренных сустава, правая бедренная и обе кости голени до нижней их трети скелетированы. Головка правой малоберцовой кости отсутствует, линия ее отделения ровная, края представляются раздавленными, частично осаднены, пергаментной плотности, коричневатого-красного цвета. На коже грудной клетки, в области плечевого пояса и у верхнего края раны на животе имеются множественные линейные и дугообразные пергаментной плотности ссадины размером $0,3-5,0 \times 2$ см, кое-где расположенные параллельно друг другу на расстоянии $0,3-0,5$ см. Признаков прижизненной реакции не обнаружено.

Смерть гр-ки К. наступила от кровоизлияния в мозг на почве гипертонической болезни, а повреждения трупу причинены посмертно зубами животных и частично (ссадины на теле) их копытами (наблюдение Н. Б. Черкавского и Т. П. Титова).

Редкий случай нанесения смертельных повреждений диким кабаном описал Х. Н. Халилов.

В горах, в 10 км от ближайшего населенного пункта, у ручья, был обнаружен труп охотника. На противоположном берегу оказались шалаш, охотничье ружье и труп кабана с наличием огнестрельной раны.

При судебно-медицинском исследовании трупа на пиджаке, а также на рубашке и майке были обнаружены три разрыва с неровными разволокненными краями размером 10×3 см, $1,5 \times 4$ см и третий — 11 см длиной. Ткань одежды вокруг повреждений была пропитана кровью. Соответственно разрывам одежды имелись три раны. Первая рана, диаметром 4 см с осадненными и относительно ровными темно-красного цвета краями, располагалась в правой эпигастриальной области по передней подмышечной линии, выступающая из нее петля тонкой кишки была пропитана кровью. Соответственно ране на передне-верхней поверхности правой доли печени располагался участок размножения овальной формы размером $12 \times 10 \times 3$ см, от которого отходили восемь радиальных линейной формы разрывов длиной от 1 до 4 см. На 6 см кнаружи от описанного повреждения и на 1 см ниже реберной дуги располагалась вторая рана, диаметром 2 см, округлой формы, с такого же вида краями. Рана слепо заканчивалась в поверхностных слоях подкожно-жировой клетчатки. Соответственно IX—XI ребрам справа по лопаточной

линии имела место третья рана, размером $5 \times 3,5$ см, овальной формы. Рана проникала в брюшную полость, по ее ходу ребра оказались сломанными, с неровными, зазубренными концами, обращенными в полость. На задней поверхности правой почки был обнаружен разрыв от ворот до наружного края размером $6 \times 2,5 \times 1$ см. Вокруг всех ран располагался обширный кровоподтек в подкожно-жировой клетчатке. Представляется, что раненый кабан напал на охотника и клыками нанес ему тяжелые повреждения.

При укусах крупными хищными животными, имеющими мощный зубо-челюстной аппарат и острые зубы, возникают рвано-лоскутные обширные раны с обрывками ткани, сухожилий, раздроблением костей и отрывами частей тела. Типичные колотые раны оставляют клыки.

Нам известны две судебно-медицинские экспертизы живых лиц, проведенные в связи с повреждениями, причиненными зубами медведя. В одном случае повреждение — отрыв кисти и части предплечья — было нанесено зверем своей дрессировщице во время публичного циркового выступления, в другом — жертвой явилась девочка при самовольном кормлении медведя в зоопарке.

А. П. Игнатенко и А. А. Ермилов сообщают о трех судебно-медицинских экспертизах останков трупов людей, где подозревались посмертные повреждения, причиненные медведями. Останки трупов были найдены в тайге, части тел оказались разбросанными на ограниченных участках местности, а на земле были обнаружены следы волочения, а также следы и помет медведя. Авторы отмечают своеобразие в повреждениях костных органов.

В первом наблюдении на обеих лопатках трупа были обнаружены по два отверстия сердцевидной формы размером $1,2 \times 0,8 \times 1,4 \times 0,9$ см, расположенных друг от друга на расстоянии 2 см, с односторонне направленными верхушками. От верхушек отходили параллельные желобовидной формы царапины длиной до 6 см. Края лопаток оказались неровными, как бы обгрызанными.

Во втором наблюдении в правой лобной, височных и теменных костях черепа было обнаружено 12 дефектов неправильной и овальной формы размером $0,8 \times 0,7$ до 6×3 см, местами расположенных по одной полуокружности на 1,5 см друг от друга. Три из них проникали только до внутренней костной пластинки, заканчиваясь острым углом. При стереомикроскопии в глубине были найдены частицы костной пластинки, впрессованные в губчатое вещество. У дефектов, проникающих в полость черепа с одной стороны, край имел вид террасовидного перелома, а другой край у некоторых из них — ровный, как бы отполированный. Скошенности костных пластинок не отмечено. От всех дефектов в разных направлениях отходили желтоватые бороздки — царапины, ширина и глубина которых уменьшалась к концам.

В третьем наблюдении дистальный конец правой плечевой кости и проксимальные концы обеих костей предплечья оказались рас-

плющенными вдоль длинника кости и частично представлены мелкими отломками.

Характер костных повреждений черепа, лопатки и верхних конечностей позволил экспертам прийти к заключению, что они были причинены зубами и когтями крупного хищника, по-видимому, медведя.

Обитатели водоемов могут причинять повреждения зубо-челюстным аппаратом как живым лицам, так и трупам. Известны укусы хищных рыб (щука, сом, судак), нанесенные человеку. При нахождении трупа в воде его ткани поедают водяные крысы, выдры, угри, раки, креветки, морские звезды. Крабы и омары могут скелетировать трупы.

Во время морской прогулки опрокинулась моторная лодка и двое детей утонули. Через 3 дня трупы были извлечены из воды водолазами. На коже трупов и в складках одежды находились морские звезды. На лице, волосистой части головы, шее, туловище и конечностях были обнаружены множественные светло-серого цвета участки, лишенные эпидермиса, с гладкой блестящей, как бы отполированной поверхностью. После обмывания трупов повреждения принимали ярко-красную окраску. Причиной смерти детей явилось утопление, а повреждения, причиненные морскими звездами, не имели признаков прижизненности (наблюдение Н. Д. Коневец).

Укусы птиц встречаются чаще у детей или на трупах. Обычно возникают множественные повреждения, имеющие вид небольших ранок, наподобие уколов шила. Особенности повреждений зависят от устройства клюва. Птицы с прямым клювом наносят мелкие парные раны, сходящиеся острыми углами, одна из них (от верхней челюсти) — глубже, и имеет оторванный лоскут кожи.

На обочине железнодорожного полотна на свежавыпавшем снегу был обнаружен труп новорожденного младенца. Возле трупа находилась стая ворон, а на снегу — следы птичьих лап. На большей части головы, лица, шеи и туловища мягкие ткани отсутствовали, открывался свободный доступ в грудную полость и полость живота. Хрящи и костная часть ребер имели дефекты с неровными краями. Кости черепа и вещество головного мозга целы. Из других внутренних органов сохранились верхняя часть трахеи, нижняя доля правого легкого, остатки диафрагмы, мочевого пузыря, матка с придатками, терминальная часть прямой кишки. Сохранившиеся кожные покровы имели сыровидную смазку, а края повреждения были относительно ровные, местами в виде бахромок или полосок, как бы исчерченных ножницами, без кровоизлияний. На коже головы и туловища располагались веретенообразные раны с ровными краями, один конец которых был закруглен, другой — острый. Повреждения были нанесены птицами посмертно. Устройство клюва семейства вороновых, у которых края надклювья заходят над краями подклювья, привело к тому, что наряду с ударом клюва (веретенообразные раны) возникли повреждения вследствие ножнице-

образного
мина и Л

При
доть за
или сапо

Бронштейн
зубами
тизы.

Байковски
Сборни
дебных

Вычужани
научн.

бинск,
Голобродск

ник н
Харько

Голобродск
чение

Иванов А.
века. Е

В. 3. Ч
Кушнир Л.

ного м
медико

Молодцова
дицинс

В. 6. С
Писмарев

Судебн
Рубан Г. Е

В сб.:
1967, с

Свадковски
ская э

Стомат
Трушина Р

дебно-м
следств

Шибков А.
кошкам

1924, с.

Халилов Х.

ном. Т

с. 164—

образного действия режущих поверхностей (наблюдение А. И. Кузьмина и Л. Е. Роеенко).

При укусах животными живых лиц может происходить заражение бешенством (собака, кошка, лошадь) или сапом (лошадь).

ЛИТЕРАТУРА

- Бронштейн Е. З. Судебно-медицинская характеристика повреждений зубами человека. В сб.: Вопросы судебно-медицинской экспертизы. М., 1955, с. 148—155.
- Байковский С. Б. Редкий случай самоповреждений зубами. В кн.: Сборник трудов Казахского отд. Всесоюзного научного об-ва судебных медиков и криминалистов. В. 4. Алма-Ата, 1961, с. 69—70.
- Вычужанин П. С. К вопросу об укусах зубами человека. В кн.: Сб. научн. работ Челябинского общества судебных медиков. Челябинск, 1963, с. 142—144.
- Голобродский Г. Л. О следах зубов на теле человека. В кн.: Сборник научных работ по судебной медицине и криминалистике. Харьков, 1956, с. 63—69.
- Голобродский Г. Л. Судебно-медицинское и криминалистическое значение зубов человека и их следов. Харьков, 1950, с. 258.
- Иванов А. П. К вопросу о повреждениях, наносимых зубами человека. В сб.: Вопросы судебной медицины и экспертной практики. В. 3. Чита, 1969, с. 101—104.
- Кушнир Л. А., Смольков В. Т. Редкий случай укуса зубами животного матки, влагалища и мочевого пузыря. Материалы судебных медиков Казахстана. Алма-Ата, 1968, с. 433—434.
- Молодцова А. А. О повреждении трупа кошками. В кн.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. В. 6. Ставрополь, 1971, с. 522—524.
- Писмарев В. В. Смерть от повреждений, причиненных зубами собак. Судебно-медицинская экспертиза, 1964, № 4, с. 44—45.
- Рубан Г. Е. О самоповреждениях зубами при смерти от охлаждения. В сб.: Вопросы судебной медицины и экспертной практики. Чита, 1967, с. 77—80.
- Свадковский Б. С., Гурочкин Ю. Д., Евсеев А. Ф. Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиненных зубами человека. Стоматология, 1973, № 1, с. 6—9.
- Трушина Р. П. Повреждение трупа собаками и кошками. В сб.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. В. 6. Ставрополь, 1971, с. 521—522.
- Шибков А. И. Посмертные повреждения на трупах, причиняемые кошками и крысами. Юго-восточный вестник здравоохранения, 1924, с. 1—2.
- Халилов Х. Н. Смертельные повреждения, причиненные диким кабаном. Труды Таджикского мед. ин-та. Т. 79. Ташкент, 1967, с. 164—165.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ СТАТУСУ И ПОГРАНИЧНЫЕ С НЕЙ ВОПРОСЫ

Мягкие ткани лица, челюстно-лицевые кости и зубы могут иметь большое экспертное значение для идентификации личности, пограничных с ней экспертиз и разрешения других судебно-медицинских вопросов. В одних случаях они позволяют получить дополнительные сведения, в других — являются единственным объектом судебно-медицинской экспертизы.

Идентификация личности по стоматологическому статусу производится в случаях обнаружения трупов неизвестных лиц, а также при резко измененных внешних чертах, особенно лиц у трупов после авиационных катастроф, пожаров, вследствие далеко зашедших трупных явлений (гниение, скелетирование трупа) и др., затрудняющих или исключающих опознавание по внешнему облику.

При судебно-стоматологической идентификации используются особенности и индивидуальные признаки в основном костей лицевого скелета и зубов. Они могут быть исследованы путем сравнения признаков, зафиксированных прижизненно, с посмертным анализом строения костей лицевого скелета, в том числе методом фотосовмещения.

Органы расследования и суда представляют для экспертизы прижизненные фотографии предполагаемого лица, медицинские документы, в которых содержатся данные об особенностях стоматологического статуса (амбулаторные карты, истории болезни, рентгенограммы зубов, челюстей, костей лицевого скелета, придаточных полостей черепа). Могут быть представлены протоколы допросов родственников, знакомых, свидетелей, потерпевших, а также зубных врачей, стоматологов, зубных техников, содержащие сведения о внешности идентифицируемого лица, особенностях строения зубов, перенесенных стоматологических заболеваниях, лечении и протезировании зубов.

При
дится н
ких тка
отделен
дельные
общей и
и др.),
протезир
случаев
тановить
дать ка
ства.

В дер
53 см дос
черепа час
левой висс
верхняя и
нились ли
ные мелки
Язык обуг
нижней чел

Зубы
ный металл
2-го левого
резца (2 1
зуб (14), 1-
вый резец
щинами и
ди в метал
малый кор
ной зуб сп
стинки, фи
Первый кл
ронку. Мос
(14) верти
горевшей р
ее имеют с
нижней чел
На передне
зубных кор
ных 10 21
естественные
обнаженной
грязно-желт
навесные, ж
ный мостик
(16 и 18)
зуб (5) пок
связанной д
(3). Часть
8 Свидковски

При судебно-медицинской экспертизе трупа производится наружный осмотр лица, описание состояния мягких тканей, если возможно, словесного портрета. После отделения мягких тканей описываются зубные ряды, отдельные зубы, кости лицевого скелета с указанием как общей их характеристики (прикус, состав зубного ряда и др.), так и заболеваний и их последствий (лечение, протезирование) и индивидуальных особенностей. В ряде случаев этих сведений оказывается достаточно, чтобы установить личность неизвестного лица или, наоборот, дать категорическое заключение об отсутствии тождества.

В деревянном ящике длиной 163 см, шириной 55 см и высотой 53 см доставлены останки обгоревшего трупа мужчины. Свод черепа частично отсутствует, сохранились части затылочной кости, левой височной, нижняя часть скуловых и носовых костей, а также верхняя и нижняя челюсти. На лице кожа отсутствует, сохранились лишь остатки обугленных мышц. Имеются множественные мелкие трещины носовых костей и костей верхней челюсти. Язык обуглен, кончик его плотно сжат между зубами верхней и нижней челюсти.

Зубы верхней челюсти в количестве 9 представляют собой единый металлический (золотой) мостик, который держится на штифтах 2-го левого и 2-го правого резца. В этом мосту имеется 4 верхних резца ($\underline{2\ 1\ | \ 1\ 2}$), 2 клыка ($\underline{3\ | \ 3}$), левый первый малый коренной зуб ($\underline{4}$), 1-й и 2-й малые коренные зубы справа ($\underline{4\ 5}$). Левый первый резец ($\underline{1}$) представляет собой белую зубную пластинку с трещинами и черным дефектом эмали внизу, которая вставлена спереди в металлический (золотой) зуб. Второй резец, клык и первый малый коренной слева, а также 1-й и 2-й резцы и 1-й малый коренной зуб справа представляют собой обычные эмалевые зубные пластинки, фиксированные в задней своей части на основе моста. Первый клык имеет сплошную желтометаллическую (золотую) коронку. Мостик верхней челюсти слева за 2-м малым коренным зубом ($\underline{4}$) вертикально спилен. Нижняя челюсть лежит свободной в обгоревшей ротовой полости. Задние части альвеолярных отростков ее имеют остроконечную поверхность излома. Костная пластинка нижней челюсти обуглена с передней поверхности и нижнего края. На передней поверхности ее также видны обугленные верхушки зубных корней. Нижняя челюсть имеет 15 зубов, из них искусственных $\cdot 10\ \underline{21\ | \ 12}$ и правый первый малый коренной зуб ($\underline{4}$) — естественные, со значительно стертой жевательной поверхностью и обнаженной шейкой. Эмаль зубов с синеватым оттенком, шейка грязно-желтого цвета, 4-й, 5-й, 7-й, 8-й левые зубы искусственные, навесные, желтометаллические (золотые), представляют собой единый мостик золотых коронок, укрепленных на 3-м, 5-м по мостику ($\underline{6}$ и $\underline{8}$) по мостику ($\underline{9}$) зубах, второй малый правый коренной зуб ($\underline{5}$) покрыт желтометаллической (золотой) пластинкой мостика, связанной дугообразной пластинкой — валиком с правым клыком ($\underline{3}$). Часть правого клыка покрыта желтометаллической (золотой)

пластинкой мостика. 1-й правый большой коренной зуб — искусственный, белый, укреплен на золотой основе, связанной с мостиком второго малого коренного зуба и правого резца.

Во рту обнаружены кусочки стекла, составляющие часть стенок и дна тонкостенной ампулы.

Заключение. Возраст по общему развитию, величине органов, по состоянию нижних резцов и правого малого коренного зуба колеблется в пределах 50—60 лет. Основной анатомической находкой, которая может быть использована для идентификации личности, являются челюсти с большим количеством искусственных мостиков, зубов, коронок и пломб.

Из трупа были изъяты: металлический мост верхней челюсти с 9 зубами, обгоревшая нижняя челюсть с 15 зубами.

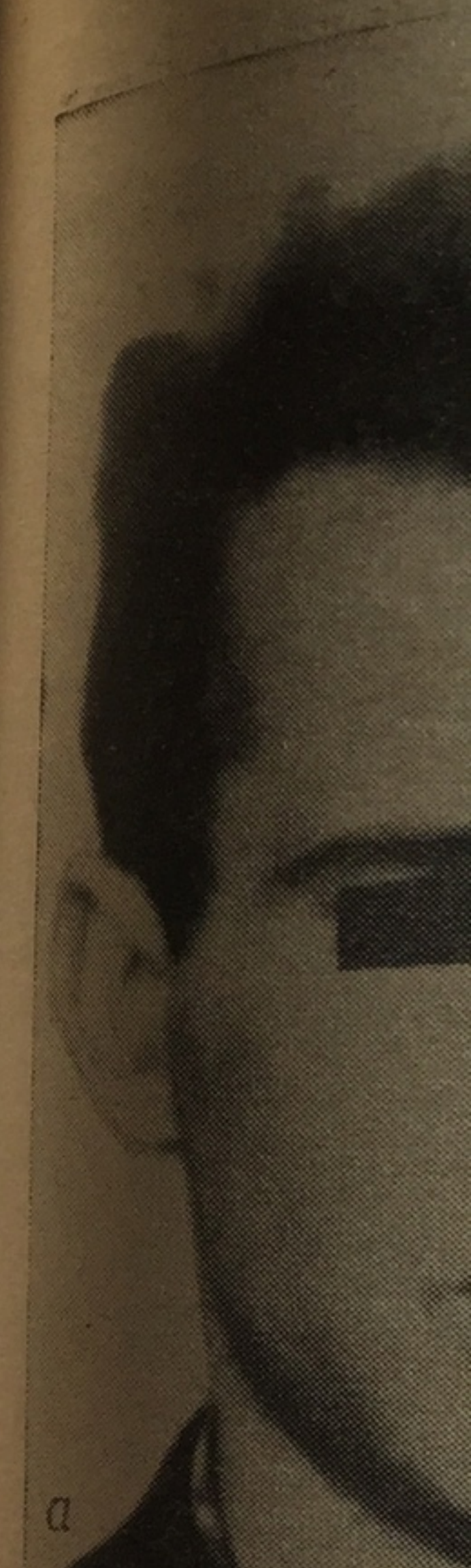
Последующий допрос дантиста и сравнение с прижизненными рентгенограммами зубо-челюстной системы позволили установить личность неизвестного.

В лесу был обнаружен в состоянии гнилого разложения труп неизвестной женщины. Возникло подозрение, что труп принадлежал гр-ке Г. На исследование были доставлены череп, нижняя челюсть и прижизненные фотографии покойной, а также амбулаторная карта. По этим документам установлено, что незадолго до исчезновения гр-ка Г. обращалась в поликлинику, где был удален $\overline{7}$ и запломбирован $\overline{8}$. При исследовании черепа установлено, что все зубы нижней челюсти на месте, без следов лечения. Возраст по исследуемому черепу был определен в 26—30 лет, а по документам гр-ки Г. к моменту исчезновения ей было 36 лет. На основании изложенных данных было дано категорическое заключение, что обнаруженный череп не является черепом гр-ки Г.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ СТАТУСУ

Среди современных методов идентификации личности широкое распространение получает отождествление личности по фотоснимкам черепа и лица.

Сущность этого метода заключается в том, что производится фотосовмещение фотографии предполагаемого лица и фотографии черепа в одинаковом ракурсе и масштабе (рис. 42). Череп может принадлежать лицу, изображенному на прижизненной фотографии, если так называемые опознавательные точки на черепе — границы орбит, грушевидного отверстия, подбородка, альвеолярных отростков челюстей и другие — приходят на совмещенной фотографии в соответствие с элементами лица. Однако не исключено такое же совпадение опознавательных точек и для других лиц. Поэтому в этих случаях эксперт может утверждать лишь о вероятности тождества. Для категорического его утверждения необходимо совпадение не менее шести индивидуальных особенностей (Ю. М. Кубицкий, И. Б. Дмитриев).



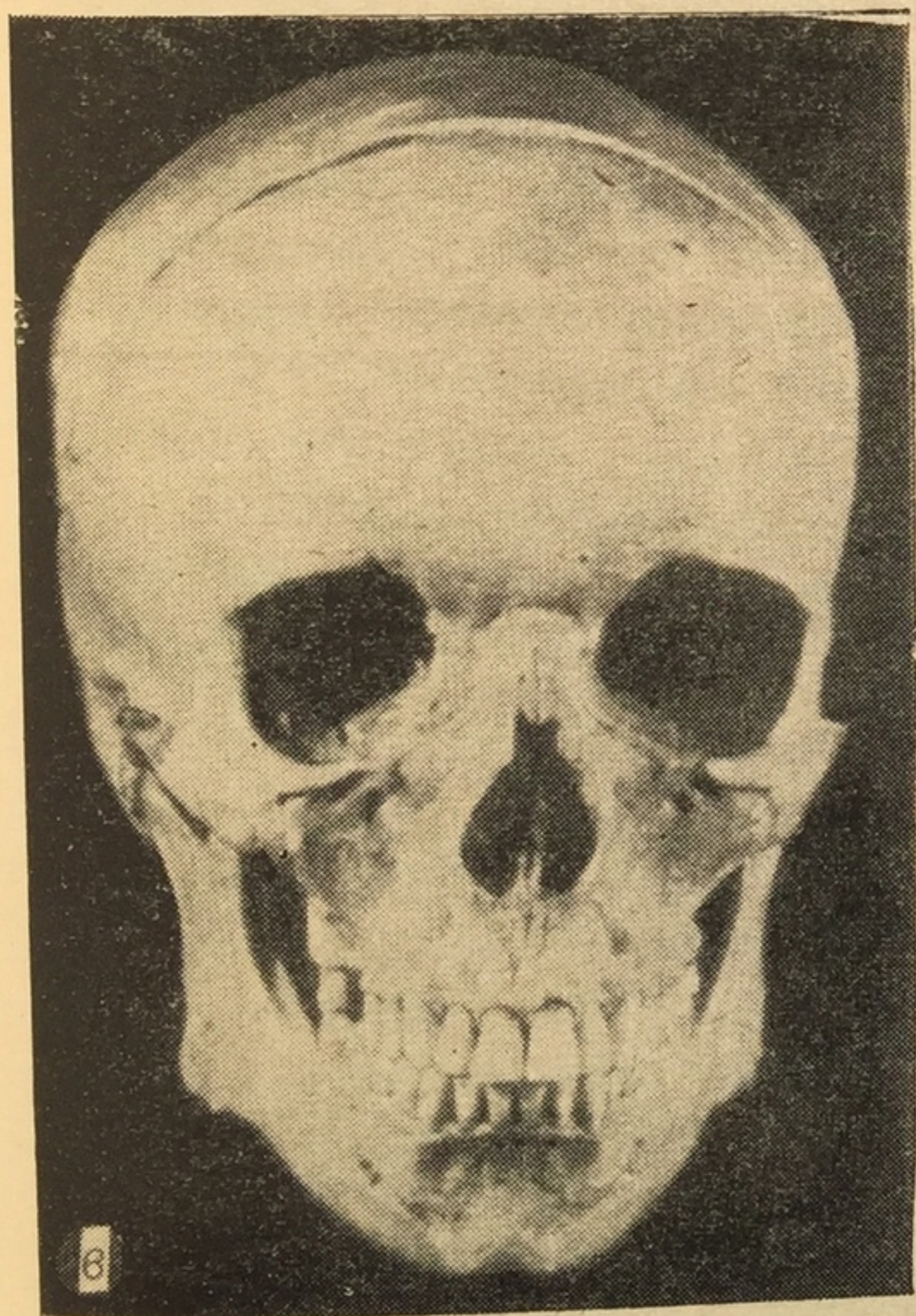
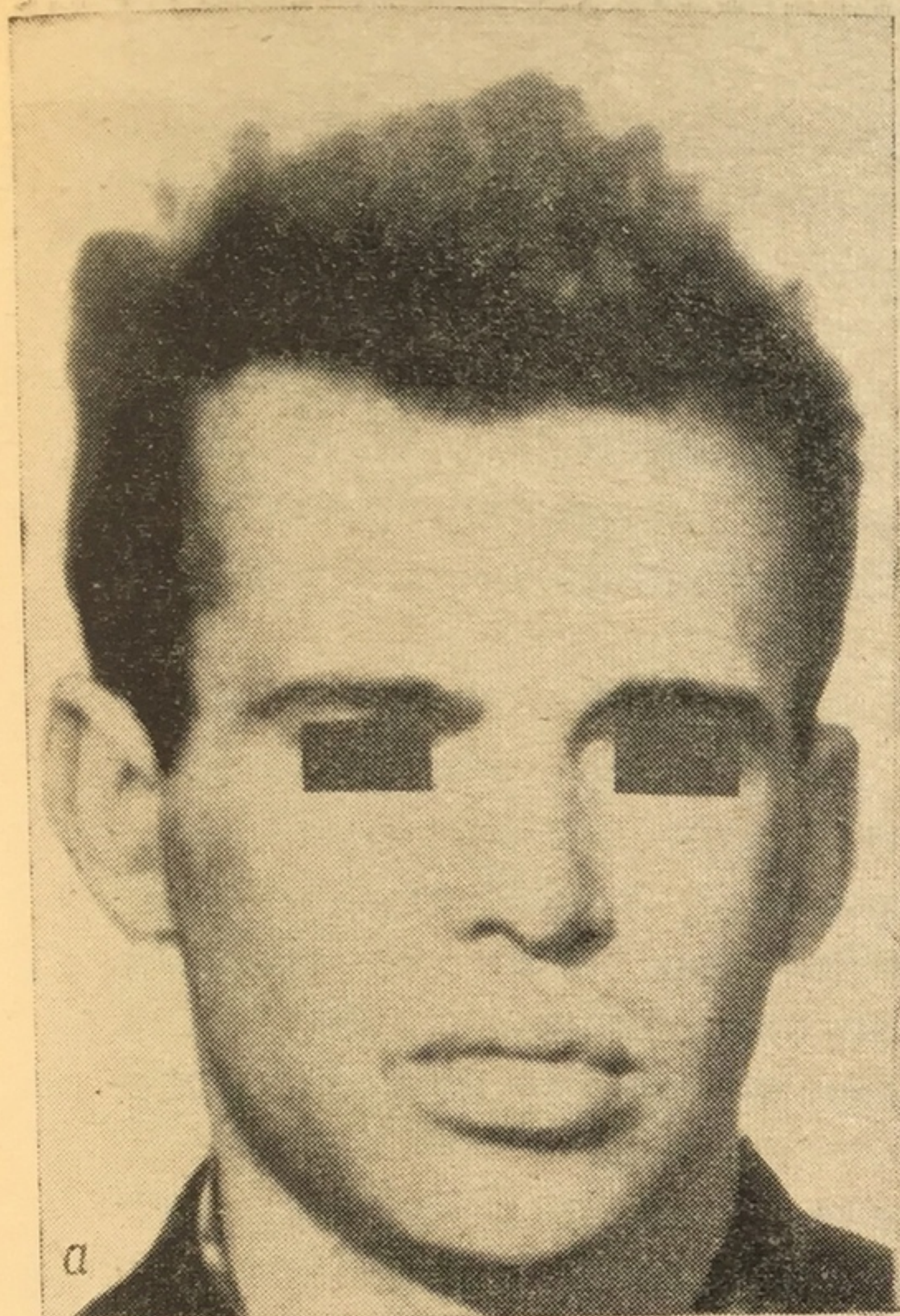


Рис. 42. Установление личности методом фотосовмещения.

а — репродукция фотографии на пропуске гр-на Н.; б — фотосовмещение фотографии гр-на Н. и черепа неизвестного трупа; в — фотография черепа неизвестного трупа, выполненная в той же проекции.

В этой связи поучительным представляется следующее наблюдение.

При расследовании дела об убийстве гр-на И. проводилось фотосовмещение прижизненной фотографии и фотографии с обнаруженного черепа. Совпадение основных топографо-стоматологических точек привело эксперта к заключению о вероятной принадлежности черепа убитому. Следовательно было дано разъяснение, что категорическое заключение о тождестве оказалось невозможным, ибо среди совпадающих признаков отсутствуют индивидуальные приметы.

Позднее была обнаружена история болезни гр-на И., в которой имелась запись об экстракции у него $\overline{6}$. Этот же зуб отсутствовал на нижней челюсти на исследованном черепе. И хотя на сравниваемой прижизненной фотографии установить эту особенность было невозможно, эксперт тем не менее дал дополнительное заключение, в котором в категорической форме утверждал о тождестве личности.

Очевидно, что отсутствие одного зуба не может рассматриваться как выраженная примета, характеризующая определенную личность, ибо такой же зуб мог быть удален у любого другого человека. Не менее существенным является и то, что в своем необоснованном дополнительном заключении эксперт давал оценку не объекту своего исследования, а собранным по делу доказательствам, что, согласно УПК, составляет компетенцию судебно-следственных органов, а не эксперта.

Достоверные выводы относительно принадлежности черепа определенному лицу можно сделать, исследуя дополнительные признаки внешности, в частности, конфигурацию коронок передних зубов. Хотя размеры коронок отдельных зубов (резцов) не имеют существенного идентифицирующего значения, вместе с тем форма и размеры у передних зубов практически неповторимы (И. Б. Дмитриев, А. С. Кравчинская). Однако следует иметь в виду возможность изменений со временем этих особенностей у одного и того же человека, и поэтому при экспертизе следует использовать по возможности самые последние прижизненные фотографии, на которых выявляются эти зубы.

При улыбке обнажаются зубы верхней челюсти, при разговоре — зубы обеих челюстей. Зубы верхней челюсти видны до второго малого коренного зуба, а нижней —

до клыка
передний
верхней
коренный
материал
ление ко
деталей
новятся
ного иссл

При с
дователь
ненной ф
черепе.

Для о
ко методо
екта иссл
тех случа
отображен
Если реж
тоды сопо

Весьма
тификации
зубов или

В этих
дивидуаль
стоматоло
кам (особе
пломбиров

После по
труп мужч
Предположил
чертам внешн
ние был доста
ры разрушила
лицевого чере
жизни К. обр
точных пазух
череп, на кот
ности: строени
нижнего право
ны прижизнен
внешности ока
череп, а фото
ных результато
же проекции, ч
рентгенограмм
ния челюстей,

до клыков. На фотографиях женщин при улыбке видны передние и малые коренные зубы, а у мужчин — резцы верхней челюсти и сравнительно реже клыки и малые коренные зубы. Используя специальную обработку фотоматериалов, получают подчеркнутую контурность и усиление контрастности изображения (метод фильтрации деталей проявлением), вследствие чего мелкие детали становятся более различными и пригодными для сравнительного исследования, как и при обычном фотосовмещении.

При сравнительном исследовании производят последовательно сравнение признаков, выявленных на прижизненной фотографии и на представленном на экспертизу черепе.

Для отождествления личности используется несколько методов. Выбор метода обусловлен особенностью объекта исследования. Фотосовмещение производится в тех случаях, когда на прижизненной фотографии в фас отображены форма коронок зубов и их режущий край. Если режущий край зубов не виден — используются методы сопоставления и репеража.

Весьма ценным для судебно-стоматологической идентификации оказываются прижизненные рентгенограммы зубов или лицевой части черепа (рис. 43).

В этих случаях идентификация проводится как по индивидуальной нормальной или патологической картине стоматологического статуса, так и по случайным признакам (особенности расположения корня, наличие коронок, пломбирование и др.).

После пожара в стогу сена был обнаружен сильно обгоревший труп мужчины с колото-резаными ранами в области груди и живота. Предположили, что погибшим был зоотехник К. Оpozнание трупа по чертам внешности и одежде оказалось невозможным. На исследование был доставлен череп, у которого действием высокой температуры разрушилась значительная часть мозгового и правая половина лицевого черепа. Следственными действиями установлено, что при жизни К. обращался в поликлинику по поводу воспаления придаточных пазух носа и ему была сделана обзорная рентгенограмма черепа, на которой хорошо отобразились стоматологические особенности: строение челюстей, форма корней, неправильное положение нижнего правого 8-го зуба. На исследование также были представлены прижизненные фотографии К. Сравнительное описание признаков внешности оказалось затруднительным из-за сильного разрушения черепа, а фотосовмещение по этой же причине не дало убедительных результатов. Произведено рентгенографирование черепа в той же проекции, что и прижизненные рентгенограммы К. Сравнением рентгенограмм установлено совпадение формы корней зубов, строения челюстей, особенности положения зубов, в частности нижнего

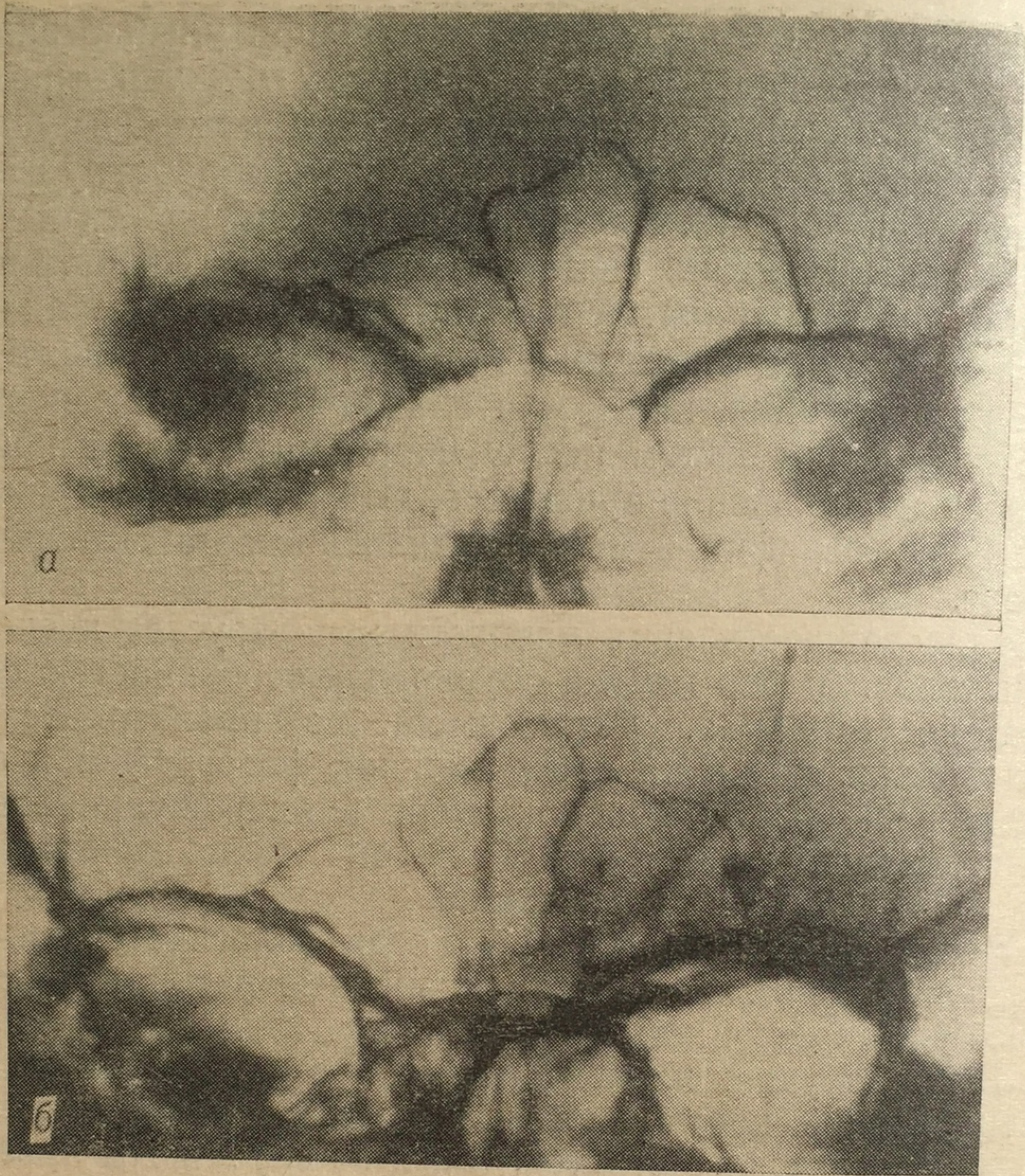


Рис. 43. Установление личности по совпадению рентгенологических особенностей лобных пазух.

а — прижизненная рентгенограмма лобных пазух гр-на Н.; б — рентгенограмма лобных пазух черепа неизвестного трупа. Одноименными цифрами показаны совпадающие особенности.

правого 8-го. Эти совпадающие особенности в совокупности дали основание для категорического ответа о принадлежности черепа гр-ну К. (рис. 44).

Гр-н Б. сообщил в милицию, что у него исчезла жена гр-ка Ч., 37 лет. Через год с лишним под полом летней кухни в саду, на глубине около 1 м, были обнаружены останки трупа в состоянии резко выраженного гнилостного изменения, частью скелетированные. При судебно-медицинской экспертизе было установлено, что части расчлененного трупа принадлежат женщине 35—40 лет, ростом около 150 см. На верхней челюсти имелись два протеза из сероватого металла и отсутствовали некоторые зубы.

В истории болезни гр-ки Ч., изъятной из стоматологической поликлиники, не было сведений об особенностях протезов и зубной формуле пациентки. Однако здесь же оказалась прижизненная внутриротовая рентгенограмма области первых шести зубов правой

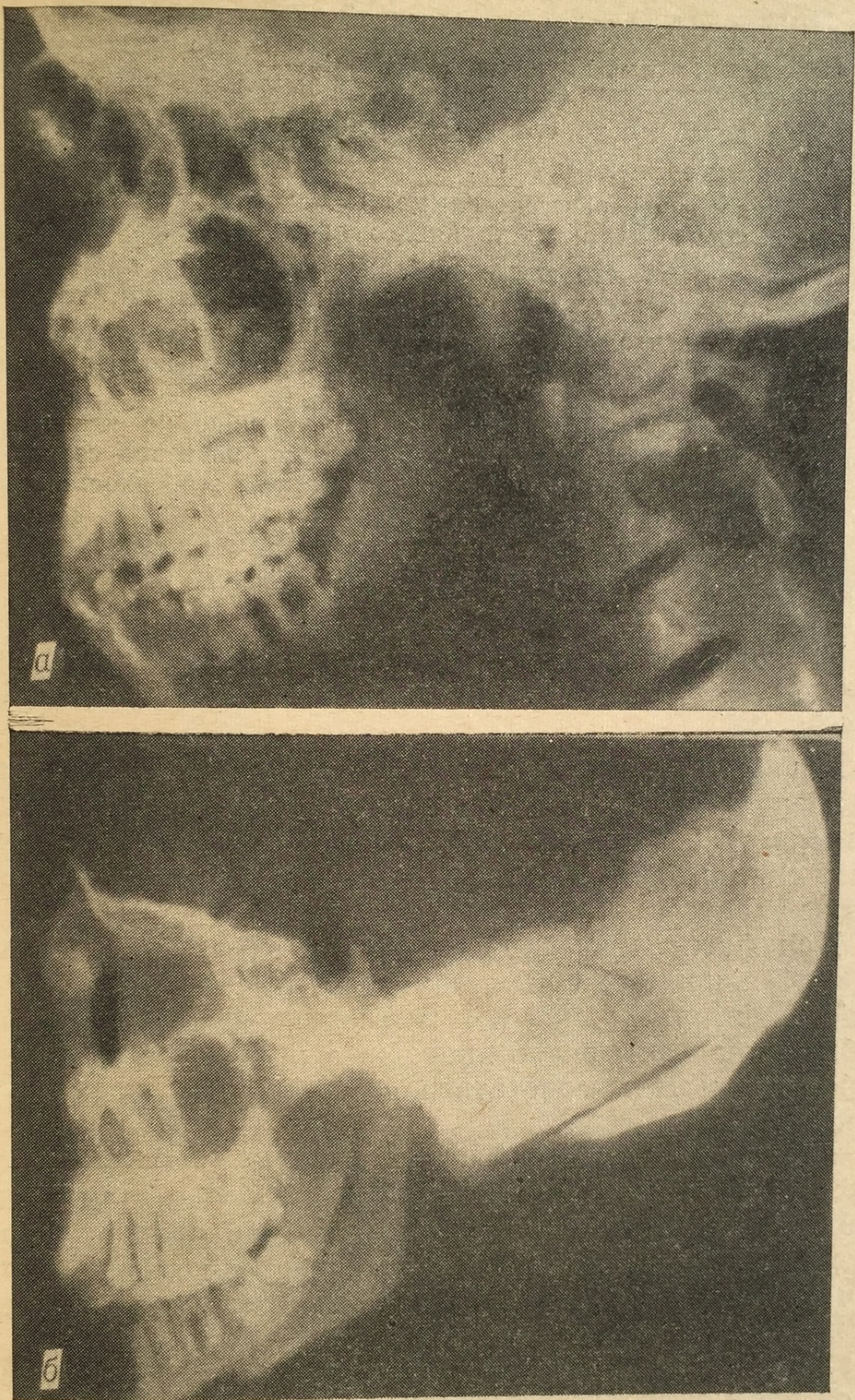


Рис. 44. Установление личности по совпадению рентгенологических особенностей изображения зубов.

а — отпечаток с рентгенограммы черепа неизвестного обгоревшего трупа;
 б — отпечаток с прижизненной рентгенограммы лицевой области гр-на К.

половины верхней челюсти, выполненной за два года до исчезновения гр-ки Ч., вскоре после удаления 5. По рентгенограмме отмечена конусовидная форма 1, неправильное положение 2 вследствие давления на его корень непрорезавшегося 3; 4 отсутствует и имеется корень 5.

На аналогичной рентгенограмме, полученной с черепа, за исключением корня 5 и мостовидного протеза, фиксированного на 2—6 зубах, имели место те же особенности, что и на прижизненной рентгенограмме. Отсутствие на рентгенограмме черепа корня 5 объяснялось тем, что, судя по истории болезни, он был удален позже производства внутриротового рентгеновского исследования у гр-ки Ч.

Сравнение обеих рентгенограмм, выполненное на увеличенных в одном и том же масштабе фотоотпечатках, показало совпадение по форме, размерам и взаимному расположению особенностей строения челюсти и зубов.

Идентификация личности по рентгенограммам явилась важным доказательством для последующего обвинительного приговора гр-ну Б. (наблюдение М. В. Розина).

Исследованию могут быть подвергнуты анатомические варианты, аномалии челюстно-лицевых костей и зубов.

К числу аномалий челюстей относятся выступание их вперед: верхней челюсти (прогнатия), нижней челюсти (прогения) или обеих (общий прогнатизм). Такие изменения могут иметь физиологический и патологический характер.

При физиологической прогнатии передние зубы оказываются направленными кпереди, но прикус нормальный. При патологической прогнатии верхние передние зубы направлены резко кпереди, а нижние упираются в небо, что может сочетаться с у-образной формой челюсти.

При физиологической прогении зубы нижней челюсти, выступая кпереди, касаются своей язычной поверхностью губной поверхности верхних зубов. При патологической прогении вследствие выступания кпереди нижней челюсти между зубными рядами образуется свободный промежуток.

При общем прогнатизме прикус обычно не нарушен, и он рассматривается как физиологический.

Различают три вида прикуса: прямой, косой и открытый. Если при прямом прикусе зубные ряды при смыкании челюстей соприкасаются режущими поверхностями зубов, то при косом часть зубов или отдельные зубы верхнего ряда артикулируют правильно, а другие распо-

лагаются спереди или сзади зубов нижнего ряда. При открытом прикусе соприкасаются при смыкании челюстей только коренные зубы, а передние зубы не достигают друг друга, и между ними остается свободное пространство.

В редких случаях наблюдается у-образная и седловидная верхние челюсти. При у-образной верхней челюсти челюстной свод сужен, передняя часть выдается вперед, правая и левая половины зубных рядов располагаются по средней линии под острым углом. Седловидная форма характеризуется высоким и узким небным сводом, челюсть оказывается сдавленной с боков на уровне малых коренных зубов.

К числу аномалий зубов относятся увеличенное или уменьшенное их количество, изменения формы коронки и корня. На жевательной поверхности может увеличиваться число бугорков. Корни зубов могут быть изогнуты, сращены, расщеплены, наблюдается изменение их числа и величины. Может происходить изменение в положении зуба. Так, верхние клыки меняются местом с боковыми резцами или малыми коренными зубами. Иногда происходит поворот зуба вокруг вертикальной оси (резцы, особенно верхние, клыки и др.). Зуб может выходить из зубного ряда на челюстную дугу, в область твердого неба, в носовую полость и т. п. Известны аномалии в строении эмали, что связано с недостаточностью обызвествления (гипоплазия) и др.

При идентификации могут быть использованы патологические изменения зубо-челюстного аппарата, последствия травмы и следы лечения.

Идентифицирующее значение каждого из этих признаков обратно пропорционально частоте его встречаемости. Так, кариозные полости в зубах, отсутствие премоляров и третьих моляров, клиновидные дефекты резцов и т. п. вследствие широкой распространенности среди населения не дают основания для категорического заключения о тождестве личности.

С. Т. Джигора описал экспертизу неизвестного скелетированного трупа, когда на верхней челюсти было обнаружено раздвоение ⁴. В ходе расследования было установлено, что исчезла гр-ка Б., у которой, по показаниям родственников и знакомых, имел место этот признак. Отмеченная аномалия развития зуба способствовала раскрытию преступления.

В замерзшей реке была найдена голова неизвестной женщины с признаками насильственной смерти. Зубы были расшатаны. Для

установления причины расшатанности зубов (гнилостные изменения или болезнь) была произведена мацерация нижней челюсти. Обнаруженные на препарате резко выраженные признаки пародонтоза наряду с другими признаками значительно облегчили идентификацию трупа (наблюдение Э. Кноблоха).

Для идентификации личности может быть использовано исследование зубного камня и пульпы зуба на групповую принадлежность крови.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПО СЛЕДАМ И ОТПЕЧАТКАМ ЗУБОВ

Установление личности по следам и отпечаткам зубов является одним из видов судебно-стоматологической идентификации.

Среди следов действия зубов условно выделяют откусывания, укусы и надкусы. Частным случаем поверхностного следа надкуса является след — отпечаток зубной дуги.

С экспертной точки зрения укусы представляют собой следы скольжения, в начальных (стартовых) отделах которых отображаются некоторые статические особенности зубов: ширина коронок, расстояние между отдельными зубами, неправильная их постановка вследствие ротации или наклона, а также особенности режущего края (сколы углов, полулунные дефекты). На участке скольжения эти следы в зависимости от способа укуса — простое смыкание или смыкание с элементами жевательных движений — отображаются динамически. Имеют значение тургор кожи и характеристика подлежащих мягких тканей. Так, на дряблой коже с тонкой прослойкой подлежащих мягких тканей могут отображаться в следах скольжения элементы рельефа режущих краев и губной поверхности зубов.

Важнейшим условием последующего проведения идентификации является фиксация следов действия зубов, проведенная качественно и в возможно ранние сроки их нанесения. Прежде всего такая фиксация производится путем масштабного фотографирования с лобовым и боковым освещением, что позволяет выявить мелкие детали рельефа. Для подчеркивания контурности и усиления контрастности изображения может быть использован метод фильтрации деталей проявлением. Если в следах действия зубов имеются вдавления и царапины,

то производят снятие его негативной копии при помощи силиконовых паст «К», «У-1» или компаунда.

После фиксации обнаруженных на трупе следов действия зубов кожный лоскут с повреждением¹ изымается в качестве вещественного доказательства и объекта экспертного исследования, подвергаясь консервации (30—60% спирт).

Следы укусов могут быть обнаружены на различных предметах, в том числе съестных припасах. При хранении пищевых продуктов следы зубов со временем могут резко изменить свой вид и последующая идентификация окажется невозможной.

Ю. С. Сапожников описывает наблюдение, когда четкие отпечатки зубов на лимонной корке через несколько дней хранения вследствие высыхания представляли уже не линейные давления, а мелкоточечные углубления. На яблоках по краям надкуса происходят сворачивание кожицы, потемнение мякоти, маскирующие зубные транссы. Поэтому необходима возможно ранняя фиксация отпечатков зубов на пищевых продуктах, что является наилучшей гарантией успешной идентификации.

Однако ранняя фиксация следов не всегда оказывается возможной, и в этих случаях следует использовать различные методы их консервации.

Следы на твердых и мягких яблоках сохраняют в смеси спирта с формалином или формалина с ледяной уксусной кислотой и спиртом². Следы действия зубов на сыре не изменяются при хранении его в холодильнике (Hodson).

Фиксированные следы действия зубов на коже пострадавшего сравнивают с экспериментальными следами. Для этого изготавливают слепки зубов подозреваемого лица. По ним выполняют из твердых пластмасс или металла модели зубов обеих челюстей, которые помещаются в артикулятор с установлением соответствующего прикуса, и наносятся экспериментальные следы на по-

¹ А. Н. Ратневский для длительного хранения следов действия зубов на коже рекомендует освободить ее от подкожной клетчатки, расправить на твердой подложке, обезжирить в эфире в течение суток, а затем высушить при комнатной температуре. Для восстановления первоначального вида препарат помещают в смесь 10,0 ледяной уксусной кислоты, 20,0 96° этилового спирта и воды — до 100,0.

² Формалина 5 мл, ледяной уксусной кислоты 5 мл и 70° спирта 90 мл.

верхности веществ, дающих четкое их изображение (например, пластилин). В ряде случаев возможно получение экспериментальных следов от самого подозреваемого.

Направление экспериментальных следов моделированных зубов, особенности их движения, степень сжатия производятся в соответствии с характером повреждений на исследуемом объекте.

Широко используется эксперимент на трупах сходного возраста, пола, степени упитанности и с такой же локализацией наносимых повреждений. При этом наиболее полно моделируется объект повреждения, в частности его форма.

Сравнение исследуемого и экспериментального следов проводится в начальных статических отделах методом разметки, а для исследования динамической части — методом скольжения. При этом учитываются признаки зубного ряда: ширина и размеры зубных дуг, частота постановки зубов, отсутствующие зубы, а также особенности отдельных зубов: рельеф режущих краев резцов, режущие бугры клыков и дефекты их и др.

Для категорического заключения о тождестве сравниваемых объектов следует установить не менее 12—13 совпадающих особенностей (Keiser-Nielsen, Hodson). Для идентификации может иметь значение не столько количественная сторона совпадений отдельных признаков, сколько их качественная сторона, т. е. степень их неповторимости.

При идентификации личности по следам и отпечаткам зубов причиненные ими повреждения можно разделить на три группы.

В одних случаях возникают ссадины, кровоподтеки и раны, имеющие дугообразную форму, с нечеткими, размытыми краями, без выраженных признаков действия отдельных зубов (оттиск III степени, по Г. Л. Голобродскому). Такие повреждения могут возникнуть от разнообразных тупых или тупозаостренных предметов, имеющих дугообразную форму. Среди них могут быть, в частности, зубы, однако в экспертном отношении это только предположение, ибо никаких достоверных и типичных для их действия на ткань признаков не имеется.

В других случаях имеет место дугообразный характер повреждения с отпечатками отдельных зубов, однако нечеткость их контуров затрудняет суждение о разме-

рах, форме и других особенностях повреждения (оттиск II степени, по Г. Л. Голобродскому). Экспертное мнение в этих случаях ограничивается выводом о том, что травма нанесена зубами человека при отсутствии достаточных индивидуальных идентифицирующих признаков.

Наконец, повреждения зубами могут быть в виде четких отпечатков дуги, отдельных зубов, содержащих ряд индивидуальных особенностей (форма, размеры, стертость, отсутствие зубов, расстояния между ними и др.), что позволяет использовать их для идентификации личности (оттиск I степени по Г. Л. Голобродскому) (рис. 45). Именно эту группу, по-видимому, имел в виду Сорюп, когда высказал свое категорическое мнение о том, что при укусах можно дать правильный ответ на вопрос — кто убийца?

При откусывании края рваных ран имеют форму дуг, повторяющих форму зубных рядов, а их неровность может отображать от-носительные размеры и

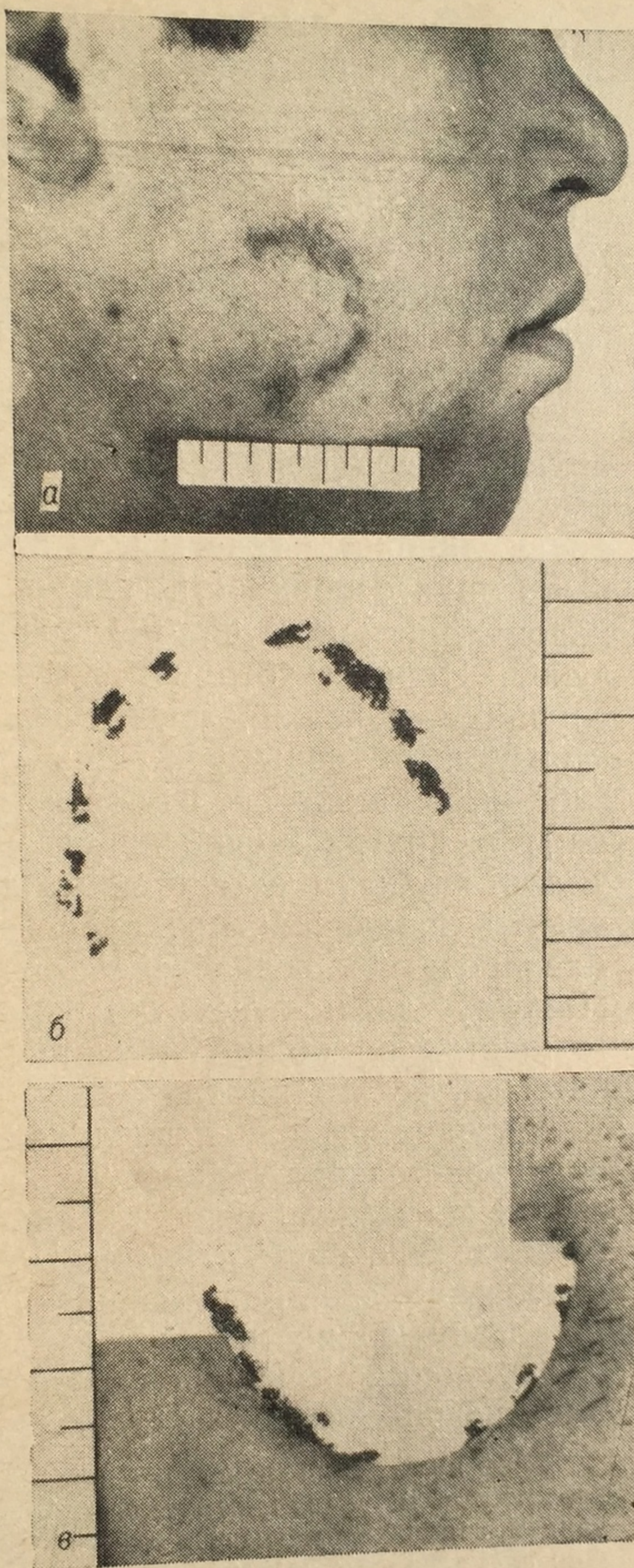


Рис. 45. Установление личности по следам зубов на коже.

а — след укуса на щеке гр-на П.; б — экспериментальный след-отпечаток зубов подозреваемого гр-на М.; в — сопоставление исследуемого и экспериментального следов.

даже степень выпуклости губных поверхностей отдельных коронок. На стенках ран обнаруживаются линейные трассы, возникающие от режущих и губных поверхностей зубных коронок. Следы оказываются заметнее, если стенки раны имеют относительно твердую, например, хрящевую прослойку. В этом случае предпочтительно сравнительное исследование слепков поврежденной поверхности и экспериментального откуса при боковом освещении.

В случаях надкуса встречаются как характерные для других видов повреждения зубами признаки (укуса и откуса): следы скольжения и кровоподтеки в области краев, линейные трассы и т. п., так и специфические для этого вида особенности: следы от язычных поверхностей коронок, объемные формы погрузившихся в ткань частей зубов. Надкусы бывают различной глубины. В одних случаях — поверхностный след — отпечаток отображает форму и размеры режущих краев, расстояние между зубами, а также особенности их положения (ротация и др.), в других — особенности отдельных зубов: сколы эмали, глубокие естественные выемки и т. п. Индивидуальная характеристика зубов в следе-отпечатке может маскироваться вследствие возникающих кровоподтеков. Поэтому следы-отпечатки пригодны для исключения тождества по общим признакам и крайне редко — для категорического положительного вывода о тождестве.

Методом выбора исследования при надкусе является получение слепка с раневого канала¹ для последующего сравнения модели повреждения и модели зубов подозреваемого. Экспериментальные отпечатки с моделей зубов подозреваемого лица получают, окрашивая контактирующие их поверхности тушью.

Приводим судебно-стоматологические экспертизы идентификации по следам и отпечаткам зубов.

У гр-на Б., подозреваемого в убийстве, на щеке был обнаружен след укуса. Б. заявил, что укус ему нанес гр-н К. в драке, не связанной с происшествием. На исследование были доставлены фотографии следа укуса с масштабом, а также металлическая модель зубов убитого на артикуляторе с соответствующим прикусом. Сравнительным исследованием следа укуса на щеке гр-на Б. с экспериментальными следами укуса гр-на К. и убитого установлено, что след укуса на щеке Б. сходен по размерам и общим признакам с экспериментальным следом укуса убитого. Одновременно было обна-

¹ В ряде случаев используют метод получения слепков с рас-сеченного канала, отделяя его переднюю часть от задней.

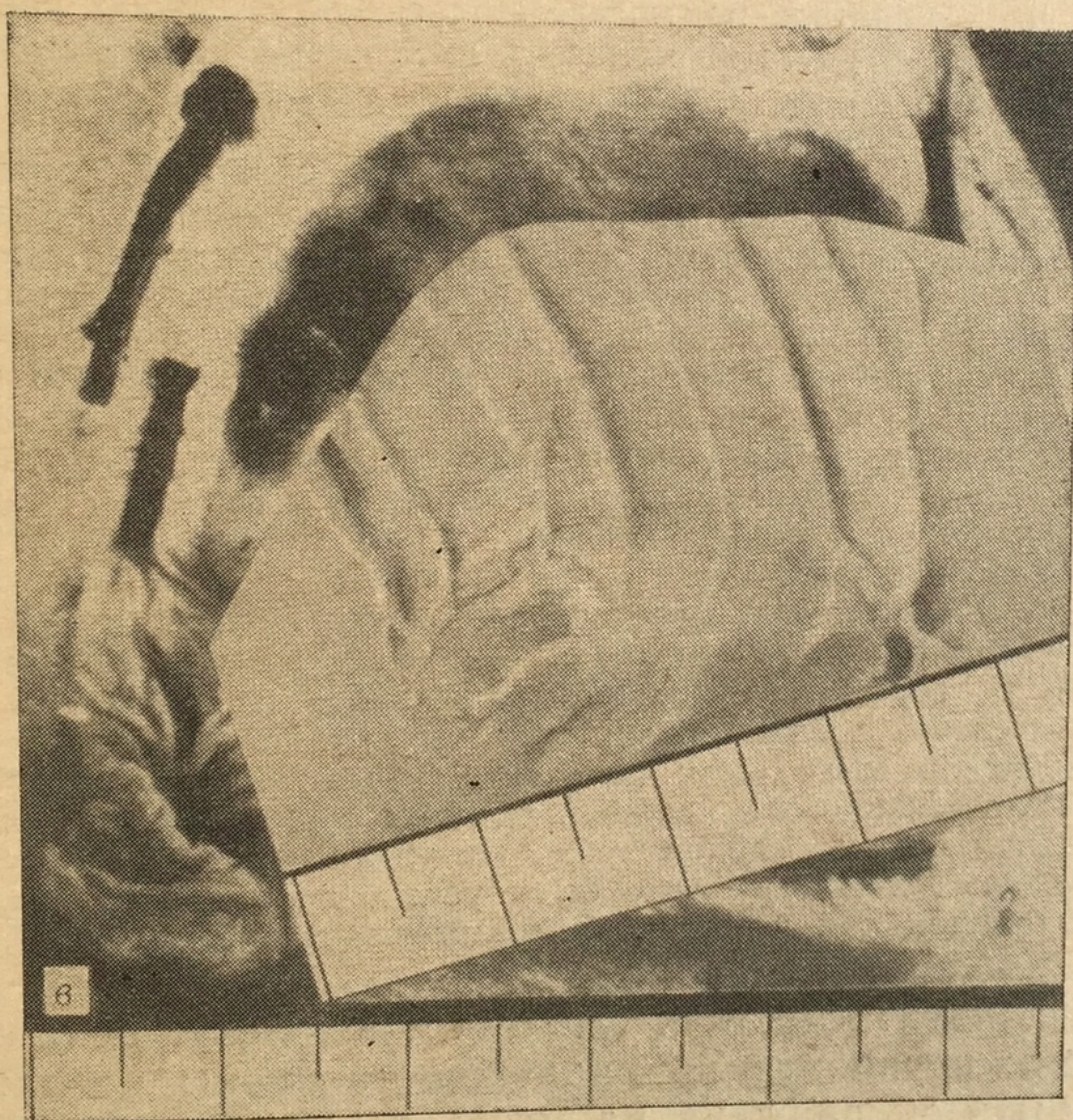
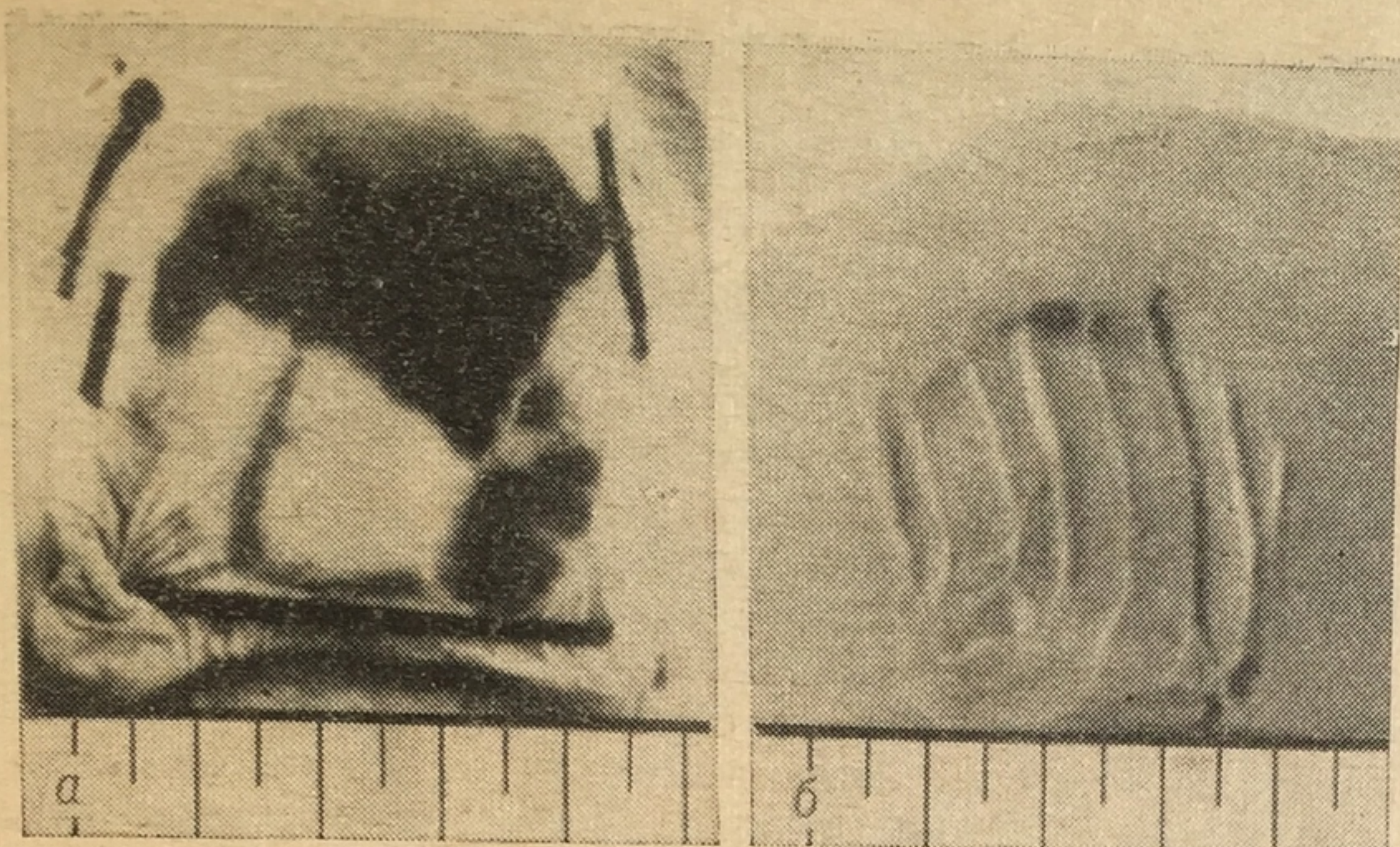


Рис. 46. Установление личности по следам зубов на коже.
а — след укуса на коже молочной железы гр-ки С.; б — экспериментальный след зубов подозреваемого гр-на Н.; в — совмещение исследуемого и экспериментального следов.

ружено отличие от экспериментального следа укуса К.: расстояние между одноименными зубами — хорда в экспериментальном следе, полученном от К., было на 6 мм меньше, чем в исследуемом следе на щеке Б. Индивидуальные особенности отдельных зубов в следе не отобразились, однако на основании полученных данных было дано категорическое заключение о том, что след на щеке Б. при укусе не мог быть оставлен зубами К.

В убийстве гр-ки С. подозревался гр-н Н. При судебно-медицинском исследовании трупа С. были обнаружены следы укусов. При исследовании препаратов кожи было установлено, что в следах отобразились лишь наиболее общие признаки зубов и зубных дуг, и только в следе на коже молочной железы при боковом освещении выявились линейные трассы от отдельных зубов и их челюстей. Экспериментальные следы были получены от Н. на ватно-марлевой тонкой подушечке и на пластилине. При сравнительном исследовании следа укуса в области молочной железы с экспериментальными следами обнаружено совпадение пяти особенностей при сходстве общих признаков (рис. 46). Сходство общих признаков было установлено и при сравнительном исследовании экспериментальных следов на ватно-марлевой подушечке со следами на других препаратах кожи. По следам укуса на молочной железе был дан категорический положительный ответ, а заключение по остальным следам укусов носило предположительный характер.

В сельском магазине была совершена кража. Преступники в темноте определяли характер предметов, прикусывая их зубами. При осмотре места происшествия сотрудниками уголовного розыска был найден кусок мыла, на обертке которого были отчетливо видны отпечатки зубов нижней челюсти и мелкие продольные полосы — следы скольжения зубов верхней челюсти, причем две продольные полосы были расположены почти рядом, что указывало на какой-то дефект одного из зубов верхней челюсти. При сравнении отпечатка моделей зубов подозреваемого в краже и отпечатков зубов на обертке мыла было дано заключение об их тождестве (наблюдение Ю. С. Сапожникова).

М. С. Ривенсон описывает случай, когда после кражи в продовольственном магазине был обнаружен кусок шоколадного масла со следами от верхнего и нижнего ряда зубов человека. Со следов был снят слепок с использованием пасты «К». На шоколадном масле и стеариновой свече были получены экспериментальные следы от зубов подозреваемого в краже и сделаны с них слепки. При фотосовмещении слепков следов зубов на вещественном доказательстве и полученных в эксперименте было установлено полное совпадение как по общим, так и индивидуальным особенностям (рис. 47).

Для идентификации личности используется исследование на групповую принадлежность слюны, которая может быть обнаружена на месте действия зубов как на теле, так и на окружающих предметах, которые, как, например, мундштук папиросы, находились в полости рта.

Следователем был поставлен вопрос: одним ли лицом выкурены папиросы, окурки которых обнаружены на чердаке дома, где было совершено убийство, и окурки папирос, найденные в доме подозреваемого? При исследова-



Рис. 47.

а — отпечаток
экспериментальный

нии слюны
лено, что
резкого
женных
ятых из
вое свой
преступ
динской
Уста
звоняет
слюны,
ваемого
решает
логичны

Судеб
использо
подозрев
эксперти
если воз
твержда
возникае
ного в д
при суде
лиц и в р
9 Свидковск

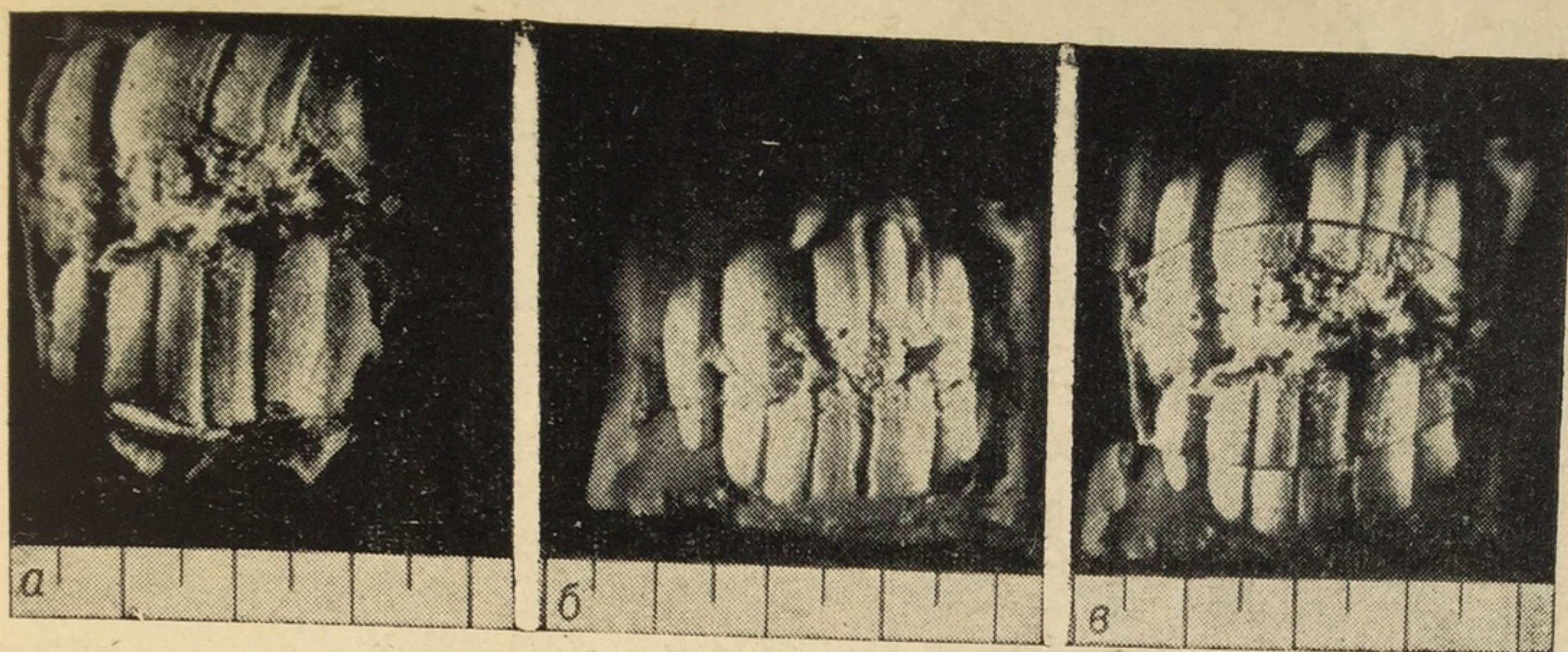


Рис. 47. Установление личности по отпечаткам зубов на шоколадном масле.

а — отпечаток следов зубов, снятый с шоколадного масла; *б* — отпечаток с экспериментальных следов зубов подозреваемого; *в* — сравнение отпечатков исследуемых и экспериментальных следов.

нии слюны на групповую принадлежность было установлено, что на двух окурках ее определить не удастся ввиду резкого загрязнения. В одном из окурков, обнаруженных на месте преступления, и на двух окурках, изъятых из дома подозреваемого, было обнаружено групповое свойство А (II), что имело значение для изобличения преступника (наблюдение А. А. Горидько и К. Е. Завадинской).

Установление групповой принадлежности слюны позволяет либо исключить подозреваемого как источник слюны, либо подтвердить соответствие слюны подозреваемого и на объекте исследования, что, однако, не предопределяет возможности существования другого лица с аналогичными свойствами слюны.

УСТАНОВЛЕНИЕ ВОЗРАСТА, ПОЛА И ПРОФЕССИИ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМУ СТАТУСУ

Судебно-стоматологическая экспертиза может быть использована для установления возраста обвиняемого, подозреваемого или потерпевшего. Судебно-медицинская экспертиза установления возраста этих лиц необходима, если возраст неизвестен (отсутствуют документы, его подтверждающие), когда он умышленно скрывается или возникает сомнение в достоверности возраста, указанного в документах. Установление возраста проводится при судебно-медицинской экспертизе трупов неизвестных лиц и в ряде других случаев.

Т а б л и ц а 14

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОРЩИН ЛИЦА (ПО Е. Г. МОТОВИДИНУ)

Возраст в годах	Появление и развитие морщин лица	
	мужчины	женщины
18	Появление лобных морщин	Как правило, отсутствуют
20	Начало углубления носогубных складок	Появление лобных морщин
24	Появление морщин у наружных углов глаз и позади ушных раковин	Начало углубления носогубных складок
26	Морщины достигают глубины 0,5 мм	Появление морщин у наружных углов глаз и позади ушных раковин
30	Появление морщин под глазами, а у некоторых и одиночной щечной морщины	Появление 1—2 циркулярных морщин на шее спереди
35	Появление межбровных и предкозелковых морщин. Начало углубления складок у углов рта. Морщины у наружных углов глаз увеличиваются в количестве и расходятся лучами к вискам	Появление морщин межбровных и под глазами. Начало углубления складок у угла рта
40	Морщины лобные, межбровные, шейные, предкозелковые и у наружных углов глаз глубиной около 1 мм. Носогубная борозда — 4 мм, одиночная щечная морщина — 2 мм	Появление предкозелковых морщин. Морщины лобные, у наружных углов глаз и на шее глубиной около 1 мм, носогубная борозда — 4 мм
45	Нависание складок верхнего века у наружного края глаза. Появление морщин на задней поверхности шеи. Лобные морщины углубляются и поворачиваются на виски	Нависание складки верхнего века у наружного края глаза. Лобные морщины удлиняются и поворачиваются на виски
50	Морщины лобные, межбровные, шейные, предкозелковые и у наружных углов глаз глубиной около 1,5 мм, носогубные борозды — 6 мм, у углов рта — 4 мм	Намечаются морщины на верхней губе, на щеках и на задней поверхности шеи. Носогубные борозды глубиной до 6 мм, у углов рта — 4 мм
55	Появление морщин на ушных мочках, на переносице, на верхней губе. У не-	Появление морщин на нижней губе, на подбородке, на ушных мочках, на пе-

Возраст в годах	Появление и развитие морщин лица	
	Продолжение	
	мужчины	женщины
60	<p>которых появляются «мешки» под глазами</p> <p>Появление морщин на нижней губе, на щеках, на подбородке, на носу. Носо-губные борозды глубиной 8 мм, у углов рта — 6 мм. Замечается отвисание щек от дряблости кожи лица</p>	<p>переносице, на носу. У некоторых появляются «мешки» под глазами</p> <p>Морщины лобные, межбровные, у углов глаз, предкозелковые и другие глубиной до 2 мм, у углов рта — 6 мм. Замечается отвисание щек от дряблости кожи лица</p>
70 и более	<p>Все лицо покрыто морщинами глубиной до 3 мм, носо-губные борозды — до 10 мм, у углов рта — до 7 мм</p>	

Судебно-стоматологическая экспертиза является одним из видов судебно-медицинского установления возраста.

Ориентировочное значение для установления возраста могут иметь морщины и кожные складки на лице, появляющиеся с 20-летнего возраста. При этом следует обращать внимание на их выраженность и глубину.

На лбу первичные морщины в виде незначительных углублений появляются к 20 годам, к 30 они становятся более глубокими, а к 35 — резко выраженными. На нижних веках и у углов глаз морщины появляются к 25 годам, к 35 они становятся заметнее, а к 45 — резко выражены. Носо-губные складки к 25 годам только намечены, к 35 — они уже хорошо различимы, а к 45 — резко выражены. На щеках морщины появляются к 40-летнему возрасту. На верхней губе, подбородке, в области переносицы морщины появляются в 55—60 лет.

Е. Г. Мотовилин составил сводную таблицу возрастных изменений морщин лица у мужчин и женщин (табл. 14).

Некоторое возрастное значение могут иметь сроки оволосения верхней губы и подбородка у юношей, что определяется гормональной деятельностью.

СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ МОЛОЧНЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (ПО А. Ф. ТУРУ)

Зубы	Челюсть	Резцы средние	Резцы боковые	Клыки	Премоляры первые	Премоляры вторые	Моляры первые	Моляры вторые	Зубы мудрости
Молочные	Нижняя	6—8 месяцев	10—12 месяцев	18—20 месяцев	13—15 месяцев	22—24 месяцев	—	—	—
	Верхняя	8—9 месяцев	9—11 месяцев	17—19 месяцев	12—24 месяцев	21—23 месяцев	—	—	—
Постоянные	Нижняя	5½—8 лет	9—12½ лет	9½—25 лет	9—12½ лет	9½—15 лет	5—7½ лет	10—14 лет	18—25 лет
	Верхняя	6—10 лет	8½ лет	9—14 лет	10—14 лет	9—14 лет	5—8 лет	10½—14½ лет	18—25 лет

Первые волосы в виде пушка появляются в 15—16 лет и могут быть отчетливо видны к 16—18 годам.

Следует подчеркнуть, что как морщины и кожные складки, так и оволосение верхней губы и подбородка имеют лишь относительное значение как возрастные критерии, ибо они весьма индивидуальны и находятся в зависимости от конституционных и иных особенностей организма, а также образа жизни, питания и многих других внешних условий.

Среди судебно-стоматологических возрастных признаков наибольшее экспертное значение имеют зубы. В период роста и развития организма при экспертизе используются сведения о сроках прорезывания молочных и постоянных зубов (табл. 15).

Следующие наблюдения иллюстрируют экспертное значение зубов для установления возраста, а в ряде случаев и тождества личности.

В лесу был найден скелет с хорошо сохранившимися зубами. Верхние центральные резцы выдавались вперед, боковые резцы и клыки, наоборот, кзади и находились на одной линии. Левый нижний клык был очень коротким. Остальные зубы оказались повернутыми кнутри. Первый верхний большой коренной зуб справа был задержан в росте, а с левой стороны вместо первого моляра находился корень. Второй и третий правые большие коренные зу-

Таблица 15

СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ МОЛОЧНЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (ПО А. Ф. ТУРУ)

Зубы	Челюсть	Резцы средние	Резцы боковые	Клыки	Премоляры первые	Премоляры вторые	Моляры первые	Моляры вторые	Зубы муд- рости
Молочные	Нижняя	6—8 месяцев	10—12 меся- цев	18—20 меся- цев	13—15 меся- цев	22—24 меся- ца	—	—	—
	Верхняя	8—9 месяцев	9—11 меся- цев	17—19 меся- цев	12—24 меся- цев	21—23 меся- ца	—	—	—
Постоянные	Нижняя	5½—8 лет	9—12 ½ лет	9 ½—25 лет	9—12 ½ лет	9 ½—15 лет	5—7 ½ лет	10—14 лет	18—25 лет
	Верхняя	6—10 лет	8 ½ лет	9—14 лет	10—14 лет	9—14 лет	5—8 лет	10 ½— 14 ½ лет	18—25 лет

Первые волосы в виде пушка появляются в 15—16 лет и могут быть отчетливо видны к 16—18 годам.

Следует подчеркнуть, что как морщины и кожные складки, так и оволосение верхней губы и подбородка имеют лишь относительное значение как возрастные критерии, ибо они весьма индивидуальны и находятся в зависимости от конституциональных и иных особенностей организма, а также образа жизни, питания и многих других внешних условий.

Среди судебно-стоматологических возрастных признаков наибольшее экспертное значение имеют зубы. В период роста и развития организма при экспертизе используются сведения о сроках прорезывания молочных и постоянных зубов (табл. 15).

Следующие наблюдения иллюстрируют экспертное значение зубов для установления возраста, а в ряде случаев и тождества личности.

В лесу был найден скелет с хорошо сохранившимися зубами. Верхние центральные резцы выдавались вперед, боковые резцы и клыки, наоборот, казди и находились на одной линии. Левый нижний клык был очень коротким. Остальные зубы оказались повернутыми кнутри. Первый верхний большой коренной зуб справа был задержан в росте, а с левой стороны вместо первого моляра находился корень. Второй и третий правые большие коренные зу-

бы отсутствовали, и альвеолы были выполнены рубцовой тканью. Первые два нижних больших коренных зуба были представлены только корнями. Данные судебно-стоматологической экспертизы позволили установить, что скелет принадлежал 18-летней женщине (наблюдение Пальтауфа).

В корзине, найденной под мостом в реке, был обнаружен труп. Оpozнание трупа было затруднено, так как нос и волосы оказались отрезанными. Зубы сохранились хорошо; из зубов мудрости прорезался только один. Заключение эксперта-дантиста о том, что покойной было не более 20 лет, подтвердилось в процессе следствия (наблюдение Гофмана).

При экспертной оценке необходимо учитывать возможность отклонений от средних сроков прорезывания зубов. Встречаются случаи раннего прорезывания молочных зубов. К редким случаям относится рождение детей с зубами, чаще всего с прорезанными резцами. Иногда наблюдается задержка появления молочных зубов, вплоть до 21 года. Изменение сроков прорезывания постоянных зубов чаще проявляется его задержкой, сочетаемой с сохранением молочных зубов, и, как правило, относится к одному или нескольким зубам.

Отклонения от средних сроков прорезывания молочных и коренных зубов обусловлены конституциональными особенностями организма, общими заболеваниями, поражением зубных зачатков, а также условиями, в которых происходит рост и развитие.

В зрелом и старшем возрасте экспертное значение имеет степень изношенности зубов: стирание режущих и жевательных поверхностей. Благодаря прочности эмали и дентина процесс изнашиваемости зубов происходит в течение жизни относительно равномерно.

П. А. Маскин предложил следующую схему последовательности стирания поверхностей зубов:

- к 25 годам — незначительная стертость на жевательной поверхности резцов;

- к 30 годам — небольшое обнажение дентина резцов с начальными явлениями стирания бугров жевательных зубов;

- к 35 годам — резкое обнажение дентина резцов, выраженная стертость бугров жевательных зубов;

- к 40 годам — уменьшение высоты резцов за счет стертости, обнажение дентина жевательных зубов;

- к 45 годам — выраженная стертость резцов и жевательных зубов, выпадение отдельных коренных зубов;

- к 50 лет — постепенное кратерообразное углубление центрального отдела жевательных зубов;

— к 60 годам—значительная стертость выравнивает поверхность жевательных зубов.

Более детальная характеристика степени изношенности зубов и возрастных групп представлена в таблицах 16 и 17.

Таблица 16

СТЕПЕНЬ ИЗНОШЕННОСТИ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА (ПО С. Я. КУЗЬМИЧ, Т. С. ХАРЛАМОВОЙ, 1961)

Возраст в годах	Резцы	Клыки	Премоляры		Моляры		
			1	2	1	2	3
18—20	1	0	0	0	0	0	0
21—25	1—2	1	0	0	0	0	0
26—30	1—2	1—2	0	0	0	0	0
31—35	1—2	1—2	0	0	0—1	0—1	0
36—40	2	1—2	1	1	0—1	0—1	0
41—45	2—3	2	1—2	1—2	1	1	1
46—50	2—3	2	1—2	1—2	1	1	1
51—55	2—3	2	2	2	1—2	1—2	1
56 и более	2—3	2	2—3	2—3	2	2	2

Примечание. 0 — стирания нет, 1 — стирание эмали, 2 — стирание бугорков, 3 — стирание затронуло дентин, 4 — стирание коснулось зубного канала, 5 — стирание достигло полного сечения коронки, 6 — стирание коронки.

Таблица 17

СТЕПЕНЬ ИЗНОШЕННОСТИ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА (ПО М. М. ГЕРАСИМОВУ, 1955)¹

Возраст в годах	Резцы	Клыки	Малые коренные	Первые большие коренные	Вторые большие коренные
10—13	Стирание еще не началось				
13—14	0—1	0	0	0	0
14—16	1	0	1	0	0
16—18	1—2	1	1	1	0
18—20	2—3	2	2	2	1
20—25	2—3	2	2	2	2
25—30	3	2	2—3	2—3	2
30—35	3	2—3	2—3	3	2—3
35—40	3	3	3	3—4	3
45—50	3—4	3—4	3—4	4	3—4
50—60	4—5	4	4	5	4—5
60—70	5—6	5	5—6	5—6	6

¹ См. примечание к табл. 16.

При экспертизе живых лиц и свежих трупов, у которых эмаль не утратила своего блеска, следует пользоваться таблицей С. Я. Кузьмич и Т. С. Харламовой. При исследовании трупов, подвергшихся посмертным изменениям, в том числе скелетированию, пригодна таблица М. М. Герасимова, в которой визуальная картина степени стирания оказывается на 1—2 балла больше, чем на свежих трупах. Ткань зубов скелетированных трупов подвергается высушиванию, уменьшается или утрачивается блеск эмали, мало заметны ранние стадии стирания, и с увеличением степени высушивания дентина и уменьшением его объема на участках даже с незначительным износом образуются плоские и вогнутые по форме площадки, симулирующие стирание (И. Б. Дмитриев).

При экспертной оценке изношенности зубов следует учитывать возможность развития патологической стираемости. Поэтому стертость определяется для каждого зуба в отдельности, а затем вычисляются средние величины для каждой группы зубов.

Дополнительным признаком для установления возраста по зубам является изменение цвета эмали, которая приобретает по мере старения организма все более темный, желтый, коричневый и темно-серый цвет. Потемнение зуба происходит за счет дентина, в то время как эмаль обесцвечивается и становится прозрачной. Если обесцвечивание распространяется на дентин, что наблюдается в основном у лиц старшего возраста, то как коронка, так и корень зуба становятся прозрачными.

С возрастом изменяется и консистенция зуба: эмаль утрачивает прочность, она ломка, хрупка, трескается и отламывается от дентина. Дентин теряет известь. Полость пульпы уменьшается благодаря отложению дентина как в коронковой камере, так и в корне, канал которого облитерируется.

В ряде случаев на шейках зубов появляются своеобразные клиновидные углубления, имеющие гладкие, твердые края и дно, что отличает их от кариозного поражения. До 20 лет они не встречаются, редки в возрасте от 20 до 30 лет и чаще всего обнаруживаются у лиц старше 30 лет.

Химическое исследование зубов не дает четких возрастных отличий, а сроки выпадения зубов столь вариабельны, что использование этого признака для установления возраста весьма ненадежно.

СРОКИ ПОЯВЛЕНИЯ ЯДЕР ОКОСТЕНЕНИЯ И СИНОСТОЗОВ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА (ВЫБОРОЧНО ПО В. И. ПАШКОВОЙ, 1963)

Наименование кости или полости	Внутриутробный период				Внеутробный период		
	количес- тво точек окостене- ния	место появления точек окостенения	сроки появле- ния точек окостенения	сроки срастания отдельных частей кости	характер кости к моменту рожде- ния	сроки наступления синостозов	развитие пазух
Верхняя че- люсть	4—6	По обеим сторо- нам носовой капсулы	2-й месяц	В конце 3-го ме- сяца точки окостенения сливаются и образуют ску- ловой, небный и носовой от- ростки	—	Полное развитие альвеолярных отростков на 2—3-м году	—
Гайморова полость	—	—	Обнаружи- вается на 5-м месяце диаметром 0,4—0,5 мм	—	—	—	Дальнейшее раз- витие полости происходит с началом вто- ричного проре- зывания зубов
Нижняя че- люсть	4	В области ман- дибулярного хряща симмет- рично с обеих сторон (по две с каждой)	В середине 2-го месяца	—	Обе половины сращены. Аль- веолярные от- ростки не раз- виты	Срастание ниж- ней челюсти на 1—2 году, полное разви- тие альвеоляр- ных отростков на 2—3 году	—
Скуловая кость	2—3	—	3-й месяц	—	—	—	—

ПРИЗНАКИ ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЯ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ (ПО Б. А. ВИЛЕНСОНУ)

Возраст
(в лунных

Признаки обызвествления

Таблица 19

ПРИЗНАКИ ОБЫЗВЕЩВЛЕНИЯ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ (ПО Б. А. ВИЛЕНСОНУ)

Возраст (в лунных месяцах)	Признаки обызвествления				
	резцы	клык	первый молочный моляр	второй молочный моляр	первый постоянный моляр
От 4 до 4 ¹ / ₂	Отсутствуют				
От 4 до 5	Тонкая пластинка у режущего края коронки	Нет	Один колпачок в проксимальном участке зачатка зуба	Нет	Нет
От 5 до 6	Тонкая пластинка у режущего края коронки	Один колпачок не- больших размеров	Один колпачок в проксимальном отделе зачатка зуба	Нет	Нет
От 6 до 7	Контурсы верхней трети коронки	Один колпачок не- больших размеров	Три колпачка, не связанных друг с другом	Один колпачок в проксимальной части зачатка	Нет
От 7 до 8	Контурсы большей части коронки	Верхняя часть ко- ронки	То же. Проксимальный кол- пачок крупных размеров	Три колпачка, не связанных друг с другом	Нет

Возраст (в лунных месяцах)	Признаки обызвествления				
	резцы	клык	первый молочный моляр	второй молочный моляр	первый постоянный моляр
Новорожденные недоношенные					
От 7 до 8	Контуры большей части коронки	Верхняя часть ко- ронки	Частично контуры верхней части ко- ронки	Соединение линии обызвествления дистального и проксимального колпачков	Нет
От 8 до 9	Коронка сформиро- вана почти пол- ностью	То же	Четыре колпачка, два из них связа- ны друг с другом. Частично контури- рована коронка	Пять колпачков, два из них связаны друг с другом	Нет
От 9 до 9 1/2	Коронка полностью сформирована	Сформирована почти треть коронки	Полностью сформиро- вана верхняя часть коронки	Частично сформиро- вана верхняя часть коронки	В единичных слу- чаях один колпа- чок
Новорожденные доношенные					
	Коронка полностью сформирована	Сформирована почти треть коронки	Полностью сформиро- вана верхняя часть коронки	Сформирована верх- няя часть коронки	Один колпачок в проксимальной части зачатка

Центр
Боко
Клык
Первый
Второй
Первый
Второй
Третий

При су-
установлено
сток ее име-
ся протез. Н
большой кор-
их выпадени
риалов след
женские (на

Наряду
раста, гла
можно исп
лицевого с
нения и си
молочных
а также ср
янных зубо
Эксперт
стоперное у
чаях, когда
тизы сопост
и систем ор
Для уст
тусу нет ка
Средние
шин, по да
различия (т
Верхнего кл
ним средним
вается мены

Таблица 20

СРОКИ ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ (ПО С. А. ВАЙНДРУХ)

Наименование зуба	Сроки обызвествления (в годах)	
	коронка	корень
Центральный резец	3—4	5—10
Боковой »	4	5—10
Клык	2—6	7—13
Первый малый коренной зуб	3—6	7—13
Второй » » »	4—7	8—14
Первый большой коренной зуб	3—4	5—10
Второй » » »	4—8	9—14
Третий » » »	9—10	13—14

При судебно-медицинском исследовании обнаруженного скелета установлено, что верхняя челюсть лишена зубов, альвеолярный отросток ее имел высоту в несколько миллиметров, на челюсти находился протез. На нижней челюсти сохранились резцы, клыки и правый большой коренной зуб, остальные зубы отсутствовали после давнего их выпадения. По данным исследования костных органов и материалов следствия оказалось, что скелет принадлежал 28-летней женщине (наблюдение Пальтауфа).

Наряду с исследованием зубов для установления возраста, главным образом в период роста и развития, можно использовать рентгенологическое изучение костей лицевого скелета и зубов: сроки появления ядер окостенения и синостозов (табл. 18), признаки обызвествления молочных зубов у плодов и новорожденных (табл. 19), а также сроки обызвествления коронок и корней постоянных зубов (табл. 20).

Экспертная практика показывает, что наиболее достоверное установление возраста достигается в тех случаях, когда данные судебно-стоматологической экспертизы сопоставляются с исследованиями других органов и систем организма человека.

Для установления пола по стоматологическому статусу нет категорических экспертных критериев.

Средние размеры передних зубов у мужчин и женщин, по данным отдельных авторов, имеют некоторые различия (табл. 21). Если у мужчины длина коронки верхнего клыка больше на 0,1 мм по сравнению с верхним средним резцом, то у женщин, наоборот, она оказывается меньше на 0,4 мм. Нижний клык по длине корон-

Таблица 21

СРЕДНИЕ РАЗМЕРЫ (В МИЛЛИМЕТРАХ) ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ У МУЖЧИН
И ЖЕНЩИН (ПО МЮЛЬРЕЙТЕРУ)

Пол, челюсть	Средние резцы		Боковые резцы		Клыки	
	ширина коронки	длина коронки	ширина коронки	длина корон- ки	ширина корон- ки	длина корон- ки
М у ж ч и н ы						
Верхняя челюсть	8,5	10,7	6,7	9,4	7,8	10,8
Нижняя челюсть	5,5	9,6	6,0	9,7	6,8	11,2
Ж е н щ и н ы						
Верхняя челюсть	8,3	10,2	6,5	9,0	7,3	9,8
Нижняя челюсть	5,3	9,2	5,8	9,4	6,4	10,1

ки у мужчин превосходит верхний средний резец на 0,5 мм, а у женщин короче на 0,1 мм. У мужчин по сравнению с женщинами длина коронки верхнего клыка больше на 1 мм, а нижнего — на 1,1 мм. И, наконец, у мужчин больше, чем у женщин, ширина верхних резцов (на 0,2 мм) и верхних клыков (на 0,5 мм).

Другим тестом, который пытаются использовать для полового отличия зубного аппарата, является форма коронок. Если у мужчин преобладает клиновидная форма

Таблица 22

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПО ФОРМЕ
КОРОНОК ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ
(В ПРОЦЕНТАХ) (ПО И. Б. ДМИТРИЕВУ,
1969)

Форма коронок	Пол	
	мужчины	женщины
Прямоугольная	20,0	64,3
Овальная	15,0	10,7
Клиновидная	65,0	25,0
Неопределенная	—	—

коронок верхних резцов, то у женщин они преимущественно прямоугольной формы, близкой к квадратной. Овальные формы коронок встречаются реже и в отношении пола не дифференцированы (табл. 22).

Обнаружение не отличающихся по полу форм коронок, а в ряде случаев имеющих неопределенную форму, позволяет считать этот признак лишь как вероятностный.

Профессиональные изменения зубов в настоящее время встречаются относительно редко в связи с широкой системой техники безопасности и охраны труда в СССР. Среди них выделяются изменения травматического и химического происхождения.

К числу травматических повреждений относятся узурры, трещины, отломки частей передних зубов у кустарей-сапожников вследствие удерживания между зубами дратвы и гвоздей (рис. 48). У стеклодувов выдувальная трубка, ударяясь о передние зубы, главным образом о нижние средние резцы, вызывает частичные фрактуры, узурры, сошлифовывает их. У музыкантов, играющих на духовых инструментах, могут образовываться выемчатые изъяны благодаря нажиму на средние резцы верхней челюсти концом мундштука инструмента. У художников и чертежников, имеющих привычку держать рукоятку кисти или карандаша зажатой между зубами, встречаются узурры и другие повреждения коронок передних зубов. Аналогичные изменения могут иметь место у курильщиков, использующих трубки и мундштуки. В этих случаях узурры представлены в виде выемок, вызванных сошлифовкой края и угла зуба между обоими средними резцами, между клыком и боковыми резцами или между клыком и первым малым коренным зубом. Узурры более ярко выражены на зубах нижней челюсти и у правшей наблюдаются на правой стороне.

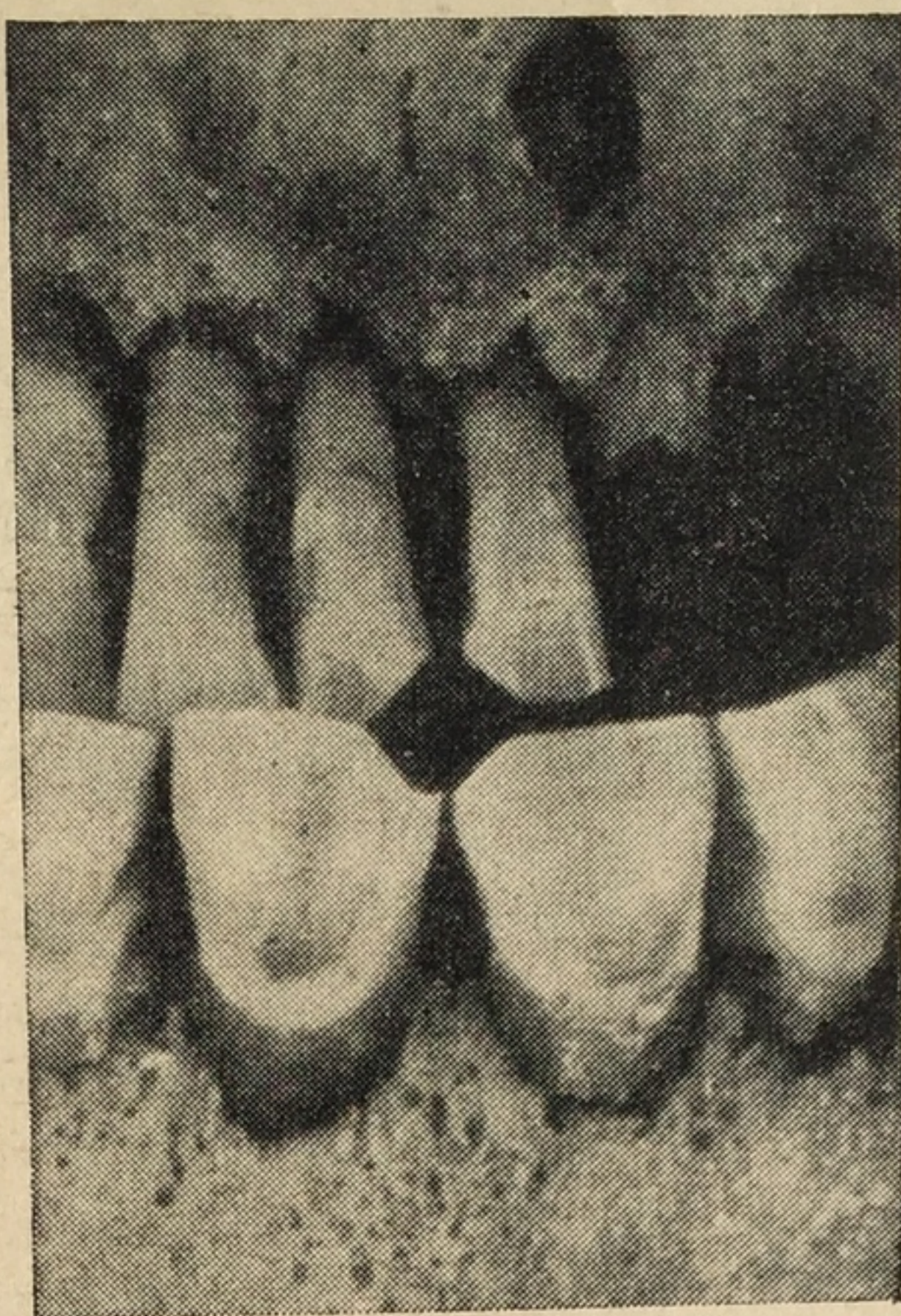


Рис. 48. Профессиональные изменения зубов на черепе сапожника. На линии смыкания верхних и нижних резцов имеется ромбовидной формы дефект вследствие длительного механического воздействия — гвозди, дратва.

При осмотре места происшествия рядом с убитым банкиром был обнаружен сломанный мундштук с остатками дорогой сигары, на янтарной части которого оказались два углубления, одно глубже другого. При допросе двоюродного брата убитого, который, как предполагали, посетил банкира за полчаса до совершения преступления, следователь заметил, что левый резец у него короче соседнего зуба. Его заставили взять мундштук в рот, и зубы точно припались в оба углубления янтаря (наблюдение Merciole).

У пекарей, мельников, кондитеров, работающих в условиях мучной и сахарной пыли, развивается своеобразный кариес («кариес пекарей»), когда поражение начи-

нается у шейки губной поверхности передних зубов или у края десен, а затем распространяется по коронке зуба, а также вглубь (плоскостной кариес).

К числу характерных химических повреждений относится коричневая окраска зубов и края десен в форме полукруга вследствие свинцового отравления. Затем они приобретают темно-фиолетовый цвет с матовым оттенком, распространяясь нередко на всю десну. В результате истончения и сморщивания десен обнажаются темно-коричневого цвета шейки зубов, которые становятся ломкими и выпадают.

При контакте с ртутью возникает язвенный ртутный стоматит, приводящий у лиц молодого возраста к преждевременному выпадению зубов.

При хроническом отравлении медью на зубах появляются резко очерченные зеленоватые пятна. Эмаль под ними приобретает грязно-желтый цвет с зеленоватым оттенком, у края десен появляется зеленовато-голубоватого или красного цвета кайма.

При отравлении фосфором наблюдается гнойно-язвенный стоматит с обнажением шейки зубов и их последующим выпадением. Поражение челюстей приводит к их некрозу, вызывая грубые деформации лица, и может закончиться смертью.

Установление профессии по стоматологическому статусу может явиться важным звеном в идентификации личности.

Экспертное значение имеют и изменения мягких тканей, костей лицевого скелета и зубов вследствие различных заболеваний.

ЭКСПЕРТИЗА ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

В ряде случаев объектом судебно-стоматологической экспертизы являются отдельные зубы. При обнаружении их в местах захоронений Г. И. Вильга рекомендует на основании стоматологических особенностей отличить молочные зубы от постоянных и для установления их расположения на верхней или нижней челюстях, а также правой или левой стороны использовать признак кривизны (выпуклость губной или щечной поверхностей выражена больше на половине, обращенной к средней линии, а губная поверхность каждого зуба шире, чем язычная), угловой признак (сторона зуба, обра-

щенная к средней линии, образует с губной острый угол, в то время как дистальная—закругленный) и корневой признак (представлен соотношением продольных осей коронки и корня зуба, которые между собой не совпадают, а образуют угол, открытый в направлении стороны, с которой взят зуб).

Зубные признаки имеют различную степень выраженности.

У резцов корневой признак слабо выражен или отсутствует. Признак кривизны характерен только для зубов верхней челюсти, в то время как для нижней он едва намечен. Угловой признак имеет место у зубов верхней челюсти, причем у среднего резца лишь при отсутствии стертости. На нижней челюсти у среднего резца этот признак отсутствует, а у бокового резца выражен слабо.

Для клыков и малых коренных зубов верхней челюсти характерны все зубные признаки. У первых нижних малых коренных зубов выражены корневой и признак кривизны, а у вторых — только корневой признак.

У больших коренных зубов отчетливо выявляются корневой и признак кривизны. Кроме того, у второго зуба нижней челюсти — угловой признак, который наблюдается и у первого зуба верхней челюсти на проксимальном отделе щечной поверхности.

Зубные признаки, дополненные особенностями анатомического строения отдельных зубов (форма коронки, кривизна поверхностей, строение корня и др.), позволяют установить наименование зуба, принадлежность к верхней или нижней челюсти, а также сторону расположения.

У верхних резцов коронки имеют долотообразную форму, тупой режущий край, имеющий 2—3 зубца в молодом возрасте. Язычная поверхность резцов вогнута и имеет эмалевую складку, особенно отчетливую у боковых резцов. Губная поверхность слегка выпуклая. Боковые поверхности имеют треугольную форму. Эти поверхности образуют с режущим краем медиальный прямой угол и дистальный тупой угол. Корни резцов представлены в виде удлиненного конуса, имеющего тупую верхушку. Центральные резцы по размерам больше, чем боковые.

Нижние резцы меньше по размерам, чем верхние, а боковые больше, чем центральные. Выпуклость губной

поверхности их выражена слабо, а язычная по отношению к губной оказывается вогнутой. Коронки вытянуты в вертикальном направлении и имеют долотообразную форму. Зубной бугорок на язычной поверхности выражен слабо. Корни невелики, сдавлены с боков, где располагается желобок, представленный наиболее четко на дистальной стороне. Может наблюдаться раздвоение корня центрального резца (губной и язычный). При установлении стороны расположения центрального резца следует учитывать, что дистальная бороздка корня глубже, чем медиальная. Сторона расположения бокового резца определяется по угловому признаку.

Клыки имеют мощный корень, массивную коронку, которая, суживаясь по направлению к режущему краю, имеет один заостренный на конце бугор. На язычной поверхности имеется зубной бугорок, а на губной поверхности — продольный валик, разделяющий ее на медиальную и дистальную фасетки.

Для верхних клыков характерна массивная коронка и три угла, расположенных на режущем крае. Медиальный и дистальный углы образованы поверхностью соприкосновения и режущим краем, средний угол — сходящимися к центру отрезками режущего края, где на вершине имеется бугор. Валики, расположенные на губной и язычной поверхностях, разделяют коронки на медиальную и дистальную фасетки. Верхние клыки имеют широкие у основания поверхности соприкосновения, длинник медиальной поверхности оказывается большим по сравнению с дистальной поверхностью. Передне-задний размер корня больше, чем поперечный, на медиальных и дистальных поверхностях расположены нерезко выраженные бороздки. Сторона расположения верхнего клыка устанавливается по признакам кривизны и корня. Учитываются также углы режущей фасетки: к медиальной поверхности прилегает большая сторона треугольника, где образуется более закругленный угол по сравнению с таковым на дистальной поверхности.

У нижних клыков коронки больше, а по длине они уступают верхним клыкам. Режущий бугор оказывается тупее, а режущий край короче по сравнению с верхними клыками. Менее выражена у нижних клыков и выпуклость по губной поверхности. Продольный валик выражен слабо, язычная поверхность плоская или вогнутая, зубной бугорок выражен. Корни нижних клыков по фор-

ме не
ются
Дл
имею
тельн
горка
соедин
длинн
ключе
У
имеет
горка
ше яз
кой ж
альный
распол
кально
дистал
жевате
ность
мально
лениях
У в
всех д
поверх
верхно
ная. К
ласти в
Таки
и второ
верхней
ба, а та
нию с я
рон кор
Для
руглост
ми и м
меры.
У пе
коронка
щечный
бой эма
губно-яз
ность ис

ме не отличаются от верхних, но по размерам оказываются короче. Зубные признаки выражены четко.

Для малых коренных зубов характерна коронка, имеющая неправильно четырехугольную форму жевательной поверхности, два, иногда три жевательных бугорка, между которыми проходит бороздка (гребень), соединяющая боковые углы. Щечная сторона коронки длиннее язычной. Эти зубы имеют один корень, за исключением первых верхних зубов.

У первых верхних малых коренных зубов коронка имеет форму призмы с выпуклыми сторонами, два бугорка на жевательной поверхности, причем щечный больше язычного. Щечная поверхность по сравнению с такой же поверхностью клыков имеет жевательный медиальный край короче дистального, более горизонтально расположенный и образующий, как у клыков, с вертикальной осью поверхности тупой угол, в то время как дистальный — острый. Язычная поверхность выпукла, жевательный ее край более закруглен, а сама поверхность меньше, чем щечная. Корень сдвинут в проксимально-дистальном и вытянут в щечно-язычном направлениях.

У вторых верхних малых коренных зубов коронка во всех диаметрах меньше первых. Бугорки жевательных поверхностей развиты равномерно. Проксимальная поверхность соприкосновения менее выпукла, чем дистальная. Корень может иметь расщепление только в области вершины.

Таким образом, основные признаки различия первого и второго малых коренных зубов, расположенных на верхней челюсти, — это расщепление корня у первого зуба, а также больший размер щечного бугра по сравнению с язычным и выраженность щечной и язычной сторон коронки.

Для нижних малых коренных зубов характерны округлость коронок, меньшее расстояние между бугорками и меньшие по сравнению с верхними зубами размеры.

У первых нижних малых коренных зубов округлая коронка, имеющая сужение к язычной стороне. Большой щечный и малый язычный бугорки соединены между собой эмалевыми складками, среди которых проходит в губно-язычном направлении бороздка. Щечная поверхность искривлена наподобие зубной поверхности нижне-

го клыка, а язычная, меньшая по размерам и ниже расположенная, полого переходит в поверхность соприкосновения. Корень закруглен и у основания коронки вытянут в щечно-язычном направлении.

У вторых нижних малых коренных зубов коронка по сравнению с первыми верхними одноименными зубами больше по размерам вследствие развития язычного бугорка.

Щечная поверхность по форме сходна с таковой у первого малого коренного зуба, а жевательная округло-четырехугольной формы, поката по направлению к дну ротовой области и оба бугра одинаковой величины. У них также имеются эмалевые складки. Форма корня конусовидная, и по длине он больше, чем у первых одноименных зубов, и может иметь расщепление у верхушки.

Таким образом, среди нижних малых коренных зубов признаками различия являются сужение коронки первого зуба с язычной поверхности, более высокое расположение щечного бугра, а также округло-четырехугольная форма коронки второго зуба.

Для больших коренных зубов характерны наибольшие по сравнению с другими размеры, несколько бугров, расположенных на жевательной поверхности, несколько корней. Коронки этих зубов прямоугольной или конусоугольной призматической формы, и у проксимально расположенного зуба она более выстоит, чем у следующего за ним зуба. Жевательные поверхности различны по форме, и находящиеся на них бугры разделены бороздками.

У первых верхних больших коренных зубов на жевательной поверхности четыре бугра, а на медиальном крае — дополнительный пятый бугорок. Жевательная поверхность имеет форму косоугольного ромба, где два угла острые и два — тупые. Щечная поверхность выпукла, и обе поверхности — как щечная, так и язычная — разделены на две части продольными бороздками. Коронка шире шейки. Имеются три корня: два щечных и один небный, который оказывается наиболее мощным и крепким. У вторых верхних больших коренных зубов разнообразны формы как коронок, так и жевательных поверхностей. Они могут быть сходны с формой первых одноименных зубов (нет только пятого бугорка), иногда треугольной формы, реже — коронка вытянута как в длину, так и в ширину. Имеются три корня, которые могут срастаться

между собой. У третьих верхних больших коренных зубов форма изменчива, по размерам они меньше других одноименных зубов. На их жевательной поверхности могут располагаться от трех до семи бугорков, и они имеют чаще всего три (иногда до пяти) корня, изогнутых и нередко сросшихся между собой.

У первых больших коренных зубов форма коронки кубическая. На жевательной поверхности расположено пять бугорков: два язычных, два щечных и один, образующийся вследствие расщепления щечного бугорка. Щечная поверхность выпукла, наклонена в направлении дна рта, язычная — меньше и ниже расположена. Дистальная поверхность соприкосновения выпуклая, а проксимальная — плоская и широкая. Имеются два корня, сдвинутых в проксимально-дистальном направлении и весьма широких у основания. У вторых нижних больших коренных зубов похожая на первые форма коронки, четыре бугорка на жевательной поверхности и сходные с предыдущими корни. У третьих нижних больших коренных зубов основные признаки характерны для этой группы, на жевательной поверхности могут быть четыре — пять бугорков.

Отдельные зубы могут стать объектом исследования для решения вопроса о принадлежности их определенному лицу в случаях травмы.

При травматическом удалении зуба свидетельствуемый нередко предъявляет его эксперту. Обнаружение на зубе следов крови и свежей надкостницы может быть доказательством недавно перенесенной травмы. В этом случае следует установить, с какой челюсти и стороны исследуемый зуб, совпадает ли он с отсутствующим на челюсти зубом.

Может иметь место удаление части зуба при его переломе в области шейки или корня, когда другая часть его остается в луночке, вывих зуба с повреждением или без повреждения луночки. В случаях перелома зуба при исследовании трупа извлекают оставшуюся часть из луночки и проводят сопоставление поверхности перелома на частях зуба. У живых лиц сопоставление поверхностей перелома производится по рентгенограммам пострадавшего и части удаленного зуба. Благодаря относительно малой четкости изображения категорическое решение вопроса о принадлежности обеих частей одному и тому же зубу бывает затруднительным.

Следы крови на выбитых зубах или пульпе зуба должны стать объектом исследования для определения группы, типа и факторов крови.

Пострадавшая от нападения и изнасилования показала, что у одного из насильников она заметила во рту передние зубы из белого металла. Через 2 месяца был задержан гр-н Б., подозреваемый в совершении преступления. При судебно-медицинской экспертизе оказалось, что у него оба центральных резца на верхней челюсти отсутствовали, а на глубине 4—5 мм находились остатки корней. Позднее следователь в одежде гр-на Б. обнаружил два зуба, покрытые коронками из белого металла. Перед экспертизой был поставлен вопрос о принадлежности этих зубов подозреваемому.

Вещественные доказательства оказались обломками двух центральных резцов верхней челюсти с половиной длины корней. На коронковой части зубов имелись полированные коронки, изготовленные из нержавеющей стали. Коронка правого резца с передней и задней стороны была отогнута от зуба, и в этих местах на металле располагались царапины. При сравнении отпечатков с рентгенограммой вещественных доказательств и остатков корней зубов подозреваемого были отмечены одинаковая степень поглощения рентгеновых лучей корнями, совпадение форм и размеров корневых каналов и ширины корней на уровне переломов и полное совпадение по линии переломов. При исследовании ткани представленных на экспертизу зубов и крови гр-на Б. была установлена группа А (II). Обвиняемый признался в совершении преступления и показал, что из-за боязни опознания сначала пытался снять коронки железным крючком, а когда это не удалось, сломал зубы, покрытые коронками (наблюдение Ю. П. Щупик, Н. Н. Ивановой и Н. Н. Грищенко).

Иногда экспертному исследованию подлежат осколки зубов. Тщательное их изучение, а также изменений челюсти и окружающих мягких тканей может иметь судебно-стоматологическое значение.

Подозреваемый в вооруженном нападении и убийстве на допросе показал, что у него был выбит зуб, когда он ударился о торчащий в доске гвоздь. На месте преступления были обнаружены мелкие осколки зуба. После реставрации зуба из склеенных осколков и осмотра подозреваемого было установлено, что этот зуб принадлежал ему. Многооскольчатое раздробление зуба и характер повреждений позволили дать заключение, что имело место огнестрельное повреждение, позволившее разоблачить участие подозреваемого в совершении преступления (наблюдение П. А. Алявдина и В. А. Энтелиса).

Существенными идентифицирующими признаками при проведении судебно-стоматологической экспертизы являются следы оказания стоматологической помощи и пособий, в частности пломбирование зубов и их протезирование.

Убийца президента США Линкольна скрылся на ферме. Кавалерия окружила убежище и сожгла ферму. Преступник во время

попытки к бегству был застрелен солдатом. Труп был захоронен в семейном склепе на Балтиморском кладбище. Но так как были распространены слухи, что истинный убийца скрылся за границей, возник вопрос о тождестве личности преступника и захороненного тела. Была произведена эксгумация, но из-за резко выраженных гнилостных изменений семья убийцы не могла опознать труп. Приглашенным дантистом, лечившим покойного, на основании обнаружения пломбы в одном из зубов и своеобразной аномалии челюсти личность убийцы была установлена (наблюдение Baggumore Marco).

Отмечая идентификационное значение пломбирования зубов, следует отметить, что расположение пломб примерно у каждого четвертого пациента оказывается настолько сходным, что, например, опознание по записям в амбулаторных картах и схематическим изображениям одонтологического статуса не представляется возможным.

Большие экспертные возможности для идентификации личности открывает исследование протезов. Вариабельность числа, размеров и положения сохранившихся зубов, неровность поверхности твердого неба, строение альвеолярного края челюстей и другие особенности стоматологического статуса, кроме того, разнообразие материалов и техники, в том числе иногда присущие исполнителю-стоматологу, ортопеду или зубному технику, определяют индивидуальные признаки протезирования.

В мешке, найденном во дворе школы, были обнаружены череп с нижней челюстью, правая половина таза, левое бедро и несколько других костей. На верхней челюсти сохранились три правых и один левый коренных зуба. Предположение о том, что костные останки принадлежат женщине, пропавшей несколько лет тому назад, подтвердилось, когда сохранившийся у знакомых ее протез был надет на верхнюю челюсть (наблюдение Вольпера).

У подозреваемого в убийстве при обыске в ящике была обнаружена часть человеческого тела, а в камине останки несгоревших костей, зубы и золотая пластинка с искусственными зубами, разломанная на четыре части. В сохранившихся естественных зубах имелись углубления на месте расплавившихся от огня пломб. Зубной врач после сопоставления частей протеза с сохранившейся у него моделью, отражавшей редкую аномалию формы челюсти и одного зуба, смог установить личность пропавшего человека. Убийца сознался в совершении преступления (наблюдение Паркман).

Гр-н А. находился в доме гр-на Б., после чего исчез. При обыске в доме гр-на Б. из печи была изъята зола, в которой частично сохранилась лицевая часть черепа с левой скуловой костью, верхняя челюсть с альвеолярным краем и левая часть нижней челюсти, на которой на 2,2 см от луночки зуба мудрости и до луночки первого малого коренного зуба зубной край оказался атрофированным. В золе был также обнаружен мостовидный протез, изготовленный из хромоникелевого сплава, с тремя зубами и двумя коронками, на одной из которых закреплен зуб мудрости. Мостовидный протез

можно было полностью сопоставить с костным останком нижней челюсти. Стоматолог-ортопед и зубной техник показали, что протез был изготовлен ими и принадлежал гр-ну А., о чем имелась и соответствующая запись в его поликлинической карте. Гр-н Б. сознался в совершенном убийстве, последующем расчленении трупа со сжиганием головы, руки и одежды в печи (наблюдение А. Я. Михайловского и Е. Д. Кузьменко.)

Материал, из которого изготовлен протез, технические особенности его производства, а также состав пломбировочного материала могут свидетельствовать о месте протезирования, а иногда позволяют решать и другие экспертные вопросы.

В подвальном помещении был обнаружен труп неизвестного лица в состоянии резко выраженных гнилостных изменений. При осмотре зубов обратили внимание на мостовидный протез из желтого металла, содержащего также разноименные металлы. Цветовой оттенок золота свидетельствовал о протезировании из металла иной пробы, чем используемый в государственных учреждениях, что было подтверждено химическим исследованием. Применение разноименных металлов в протезе и некоторые технические погрешности изготовления подтверждали частное протезирование специалистом с невысокой профессиональной квалификацией. Этих весьма скромных экспертных данных оказалось достаточно, чтобы среди знакомых погибшего путем следственных действий разыскать стоматолога-ортопеда, в частном порядке изготовившего исследованный протез.

В другой экспертизе органами расследования перед нами был поставлен вопрос о принадлежности мостовидного протеза с двумя опорными зубами, обнаруженного рядом с трупом, погибшему лицу. В одном из опорных зубов отсутствовала часть корня, которая была обнаружена в ячейке зуба убитого. Сопоставление протеза с извлеченной из трупа челюстью и линии излома зуба позволили дать заключение о принадлежности протеза убитому. Резко выраженный пародонтоз у погибшего способствовал выпадению протеза вместе с опорными зубами даже при незначительном воздействии тупым твердым предметом в области верхней губы, где было обнаружено кровоизлияние.

Пломбы, коронки и протезы, находящиеся в полости рта, оказывают влияние на химический состав зубов. В зубах, имеющих непосредственное соприкосновение с ними, отмечена миграция в дентин марганца, меди, магния, цинка, висмута, никеля, свинца и стронция. В остальных зубах, находящихся с ними в одной полости рта, наблюдается увеличение содержания меди, цинка и свинца. Исследование отдельных зубов на микроэлементы может свидетельствовать о нахождении в этой же полости рта зубных пломб, коронок и протезов и иметь идентификационное значение (И. Б. Дмитриев).

Для целей идентификации многие страны используют маркировку зубных протезов, производятся панорамная

рентгенография полости рта и подробное описание стоматологического статуса. Применяется также радиографическая регистрация конфигурации челюстно-лицевых костей.

В последнее время для идентификации используются отпечатки губ. Эти отпечатки могут хорошо сохраниться, в частности на стеклянной или какой-либо посуде, к которой прикасался губами человек. Губы, окрашенные помадой или несущие на себе следы жира, оставляют наиболее четкие следы-отпечатки. Грубые патологические изменения, главным образом рубцы, а также особенности их рельефа пытаются использовать как идентифицирующие тесты.

Другим идентифицирующим признаком может служить рельеф складок твердого неба, отличающийся индивидуальным рисунком строения. Очевидно, что отпечатки этого рельефа, полученные при экспертизе, имеют значение, если имеется для сравнения такой же отпечаток, сделанный заранее.

Экспертиза протезов может содействовать раскрытию механизма травмы или его особенностей, а в ряде случаев быть единственным источником для разрешения этих сложных вопросов. В частности, при автомобильной травме, когда имеет место переезд колеса автомашины через голову, на зубных протезах могут возникнуть специфические признаки такой травмы. Сдавление головы вызывает деформацию и переломы протезов, по характеру которых устанавливаются направление и место приложения травмирующей силы. В результате скольжения по дорожному покрытию возникают царапины и стертости поверхности протеза, заусеницы около одного из его концов, что позволяет определить направление скольжения, а следовательно, направление движения колеса.

Мужчина 37 лет был сбит грузовой автомашиной, а затем попал под встречную легковую автомашину. При судебно-медицинском исследовании трупа были обнаружены деформация головы, множественные мелкие ссадины лица, многооскольчатый перелом костей черепа с размозжением вещества головного мозга, а также множественные переломы ребер и обширные разрывы печени. Эксперт пришел к заключению, что переезд через голову был совершен грузовой автомашиной.

При проверке правильности механизма травмы головы повторная судебно-медицинская экспертиза не смогла решить вопрос о направлении переезда через голову и положении потерпевшего на полотне дороги в это время.

Была произведена эксгумация. При повторном вскрытии трупа характерных особенностей переломов черепа для суждения о направлении переезда не обнаружено. На верхней челюсти спереди оказался деформированный и сломанный несъемный протез из белого металла с 4 коронками, 7 накладными пластмассовыми зубами, из которых сохранились 3. На коронке левого клыка отмечены частью в продольном, частью в косом (сверху спереди книзу и кзади) и поперечном направлениях глубокие царапины, у нижних концов которых определялись четкие заусеницы. На месте прикрепления отпавших зубов была стертость металла с отгибанием кзади тонкой пластинки. Изучение следов сдавления и скольжения на зубном протезе позволило установить, что голова пострадавшего во время переезда соприкасалась с покрытием дороги левой поверхностью лица, а переезд произошел в направлении сзади наперед. Эти данные, с учетом материалов дела, позволили прийти к экспертному заключению, что переезд через голову был причинен колесом легкой автомашины (наблюдение В. А. Левкова).

ЛИТЕРАТУРА

- Алявдин П. А. Случай определения личности преступника по осколкам выбитого пулей зуба. В кн.: Судебно-медицинская экспертиза. Кн. 14, 1930, с. 83—85.
- Абрамов С. С. О возможности определения некоторых особенностей формы нижней челюсти по черепу. В сб.: Вопросы судебной медицины и криминалистики. Тернополь, 1968, с. 107—114.
- Болтнев В., Лавров Ю. Установление лица по следам, оставленным на месте преступления. Социалистическая законность, 1965, № 2, с. 38—40.
- Богатырев М. Г., Литвиненко Л. К., Сегай М. Я. Криминалистическое исследование зубов на теле. В кн.: Третья расширенная науч. конф. Одесского отделения. Укр. НОСМ и К. В. 3. Одесса, 1956, с. 13—14.
- Виленсон Б. А. К вопросу об определении возраста плодов и новорожденных при помощи рентгенологического исследования нижней челюсти. В кн.: Сб. трудов республ. судебно-медицинской экспертизы и кафедры судебной медицины Сталинабадского ГМИ. В. 2. Сталинабад, 1951, с. 65—72.
- Вайндрух С. А. Установление возраста у детей от 5 до 15 лет по данным рентгенологического исследования состояния развития зубов. Судебно-медицинская экспертиза, 1965, № 3, с. 20—24.
- Грановский Г. Л. Классификация и сравнительное исследование идентификационных признаков зубов. В кн.: Криминалистика и судебная экспертиза. Сб. 2. Киев, 1965, с. 65—174.
- Гринберг Р. Я., Барабанова А. В. К казуистике отождествления личности преступника по следам укуса зубами. Судебно-медицинская экспертиза, 1961, № 2, с. 52—53.
- Дмитриев И. Б. Отождествление личности по зубам. Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Ставрополь, 1967, с. 416—419.
- Дмитриев И. Б. Некоторые возможности спектрального анализа зубов в судебно-медицинской экспертизе. Судебно-медицинская экспертиза, 1967, № 3, с. 32—35.

Дмитриев
соста
Дмитриев
анал
учн.
логн
Дмитриев
деств
за, 19
Дмитриев
В кн.
Дмитриев
редел
1968,
Дмитриев
бов. Б
1968,
Дмитриев
зубов
цине
Дмитриев
бам.
с. 179
Дмитриев
века.
медик
Дмитриев
личнос
ной ме
Евгеньев М
ния пр
Зицер Е. У
вателя
Иванов В.
статей
1955, с
Каро И. С.
ка. Сб.
1958, с
Кисин М. Б
зубов.
Коваленко
биологи
териаль
Херсон,
Коваленко
укусов
гии. Кие
Комаринец
по осмот
Кондратов М
дествлен
конф. су
Кравчинская
тканей го

- Дмитриев И. Б. О влиянии зубопротезных материалов на химический состав твердых тканей зубов. Стоматология, 1967, № 1, с. 82—83.
- Дмитриев И. Б. Судебно-медицинские возможности спектрального анализа твердых тканей зубов человека. В кн.: Материалы научн. конф. по теме: «Спектральные методы исследования в биологии и медицине». Горький, 1967, с. 139—140.
- Дмитриев И. Б. Целесообразная последовательность экспертиз отождествления личности по черепу. Судебно-медицинская экспертиза, 1968, № 1, с. 19—21.
- Дмитриев И. В. К вопросу об отождествлении личности по зубам. В кн.: Вопросы судебно-медицинской экспертизы. М., с. 266—268.
- Дмитриев И. В. Значение феномена высыхания зубных тканей в определении возраста. В кн.: Вопросы судебной медицины. М., 1968, с. 428—432.
- Дмитриев И. В. Отождествление личности по рентгенограммам зубов. В кн.: Материалы судебных медиков Казахстана. Алма-Ата, 1968, с. 350—352.
- Дмитриев И. В. Использование химического состава твердых тканей зубов в судебной медицине. В кн.: Сб. трудов по судебной медицине и судебной химии. В. 3. Пермь, 1969, с. 393—397.
- Дмитриев И. В. Некоторые аспекты отождествления личности по зубам. В кн.: Вопросы судебной травматологии. Киев, 1969, с. 179—182.
- Дмитриев И. В. О половых различиях формы передних зубов человека. В кн.: Материалы 5-й Всесоюзной научн. конф. судебных медиков. Т. 1. Л., 1969, с. 383—384.
- Дмитриев И. Б., Кравчинская А. С. Материалы и отождествление личности по фотоснимкам зубов и черепу. В сб.: Вопросы судебной медицины. М., 1968, с. 421—422.
- Евгеньев М. Е. Следы зубов. В кн.: Методика и техника расследования преступлений. Киев, 1940, с. 100—102.
- Жицер Е. У. Следы зубов человека. В кн.: Настольная книга следователя. М., 1949, с. 202—204.
- Иванов В. Н. Случай идентификации личности по следам зубов. Сб. статей и рефератов Саратовского отд. ВНОСМ и К. Саратов, 1955, с. 134—136.
- Каро И. С. Установление личности по следам зубов на теле человека. Сб. статей Саратовского отд. ВНОСМ и К. В. 2. Саратов, 1958, с. 145—148.
- Кисин М. В., Миронов А. И. Установление преступника по обломкам зубов. В кн.: Экспертная практика. М., 1966, с. 75—77.
- Коваленко Ю. Н. К вопросу фиксации зубов человека на объектах биологического и небиологического происхождения. В кн.: Материалы Украинского совещания судебно-медицинских экспертов. Херсон, 1967, с. 297—300.
- Коваленко Ю. Н. О возможности определения металлизации в следах укусов зубами человека. В кн.: Вопросы судебной травматологии. Киев, 1971, с. 144—146.
- Комаринец Б. М., Шевченко Б. И. Следы зубов. В кн.: Руководство по осмотру места преступления. М., 1938, с. 174—175.
- Кондратов М. Г. Значение рентгенологического исследования в отождествлении личности. В кн.: Материалы 5-й Всесоюзной научн. конф. судебных медиков. Т. 1. Л., 1969, с. 404—406.
- Кравчинская А. С. Проекционные соотношения костных и мягких тканей головы человека применительно к задачам отождествле-

ния личности. В кн.: Материалы 5-й Всесоюзной научн. конф. судебных медиков. Т. 1. Л., 1969, с. 395—399.

Кравчинская А. С. Рентгенологические данные о проекционной толщине мягких тканей головы в зависимости от ее поворота. В кн.: Материалы 2-й расширенной научн.-практ. конф. судебно-медицинских экспертов Азербайджанской ССР. Баку, 1970, с. 214—217.

Крылов И. Ф. Следы зубов. В кн.: Следы на месте преступления. Л., 1961, с. 86—97.

Маскин П. А. Признаки для определения возраста. Зубы. В кн.: Основы судебной медицины. Под ред. Н. В. Попова. М., 1938, с. 511—512.

Мусаелян В. М. Некоторые данные о сроках прорезания вторых и третьих больших коренных зубов. В кн.: Сб. трудов Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы и кафедры судебной медицины Ереванского ГМИ. Ереван, 1971, с. 135—138.

Мухин Н. Г. Комплексные исследования следов зубов на коже человека. В кн.: Реф. докладов 2-й научн. конф. Ташкентского НИИСЭ. Ташкент, 1961, с. 127—130.

Попок Е. Зубной протез (как вещественное доказательство для раскрытия убийства). Советская милиция, 1956, № 10, с. 45—46.

Фокин М. В. Некоторые вопросы идентификации личности по зубам и следам зубов. М., 1959, с. 23.

Фрейдлин Л. И. Определение возраста плода человека по точкам окостенения верхней челюсти. Судебно-медицинская экспертиза, 1967, № 1, с. 23—25.

Фрейдлин Л. И. Минерализация зачатков зубов в эмбриональном периоде и определение возраста плода (рентгенологическое исследование). Труды Астраханского ГМИ. Т. XX. В кн.: Вопросы судебно-медицинской экспертизы и криминалистики. Астрахань, 1970, с. 165—166.

Черкавский Н. Б. Об идентификации личности по зубам. В кн.: Сборник трудов научно-практических работ по стоматологии. Севастополь, 1966, с. 141—143.

Советско
вы зако
о здрав
можност
професси
да являе
граждане
платной
мощью. Э
и достоин
учрежден
и Союзны
Перед
ства. Пре
никам, за
ность, в п
ность. Нар
кут за соб
«не влекут
Основ зако
лик о здра
Профес
медицински
изводства в
ко. Вместе
ты оказани
нарушения,
подрывают
званному б
ветского чел
Строгое
ной деятельн
конности, а
лиз дефектов
служить важн

**СУДЕБНО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА
ПРАВОНАРУШЕНИЙ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Советское законодательство (Конституция СССР, Основы законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении и др.) предоставляет широкие возможности медицинским работникам для реализации их профессиональной деятельности. Охрана здоровья народа является важнейшей задачей нашего государства и граждане СССР обеспечиваются общедоступной, бесплатной и высококвалифицированной медицинской помощью. Закон охраняет профессиональные права, честь и достоинство врачей и других работников медицинских учреждений (ст. 14 Основ законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении).

Перед советским законом равны все граждане общества. Предоставляя большие права медицинским работникам, закон налагает на них и большую ответственность, в первую очередь за профессиональную деятельность. Нарушения профессиональных обязанностей влекут за собой дисциплинарную ответственность, если они «не влекут по закону уголовной ответственности» (ст. 17 Основ законодательства Союза ССР и Союзных республик о здравоохранении).

Профессиональные правонарушения врачей и других медицинских работников в практике уголовного судопроизводства в нашей стране встречаются относительно редко. Вместе с тем следует подчеркнуть, что грубые дефекты оказания медицинской помощи, составляющие правонарушения, причиняют не только вред больному, но и подрывают доверие граждан к здравоохранению, призванному быть на страже охраны здоровья и жизни советского человека.

Строгое соблюдение регламентации профессиональной деятельности является нормой социалистической законности, а в медицинском отношении изучение и анализ дефектов профессиональной деятельности может служить важным средством к дальнейшему совершенст-

вованию оказания лечебно-профилактической помощи населению.

В советском судопроизводстве установлен определенный порядок привлечения медицинских работников к уголовной ответственности.

В стадии предварительного расследования таких дел возникают вопросы, требующие для своего разрешения специальных медицинских познаний. В случаях привлечения к уголовной ответственности врачей-стоматологов и других медицинских работников стоматологических учреждений за профессиональные правонарушения судебно-следственные органы назначают судебно-стоматологическую экспертизу. Экспертиза производится компетентной судебно-медицинской экспертной комиссией¹, создаваемой при областном, краевом, республиканском Бюро судебно-медицинских экспертиз, а также при Бюро Москвы и Ленинграда и при Главном судебно-медицинском эксперте Министерства здравоохранения СССР².

Экспертные комиссии состоят не менее чем из 3 человек. Председателем комиссии является руководитель соответствующего учреждения судебно-медицинской экспертизы. Секретарь комиссии — судебно-медицинский эксперт. Члены комиссии — компетентные врачи-специалисты соответствующих медицинских дисциплин. При проведении судебно-стоматологической экспертизы членами комиссии, в зависимости от существа дела, являются стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, стоматолог-ортопед, детский стоматолог и другие высококвалифицированные врачи стоматологи, имеющие большой научно-практический стаж работы.

Частота возбуждения уголовных дел против врачей-стоматологов и других медицинских работников стоматологических учреждений по сравнению с другими медицинскими специальностями невелика. По собранной нами сводной статистике, среди 2519 уголовных дел, возбужденных против медицинских работников, только 43, или 1,7%, относились к медицинскому персоналу стоматологических учреждений (табл. 23).

Следует подчеркнуть, что в 77,8—90% случаев уголовное преследование против медицинских работников

¹Инструкция о производстве судебно-медицинской экспертизы в СССР. М., 1952.

²О работе судебно-медицинских экспертных комиссий Бюро судебно-медицинской экспертизы. М., 1959.

Таблица 23

ЧАСТОТА ВОЗБУЖДЕНИЯ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ ПРОТИВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Автор, годы	Общее число уголовных дел против медицинских работников	В том числе против медицинских работников стоматологических учреждений	%
А. В. Грегори, 1930	812	8	2,5
Ю. С. Зальмунин, 1949	1854	26	1,4
А. А. Ермилов и А. П. Игнатенко, 1972	152	8	2,1
А. Н. Кишиневский, А. И. Кучмина, В. Г. Кучкаль, 1972	211	6	2,8
Итого	2 519	43	1,7

прекращается уже на стадии предварительного расследования из-за отсутствия состава преступления. До судебного заседания доходят только 10—22%, а обвинительный приговор выносится в 3—11% случаев по отношению к общему их числу. Столь резкое несоответствие между частотой возбуждения уголовных дел и вынесением обвинительного приговора должно привлечь внимание врачебной общественности. Нередко мотивом для заявлений больных и их родственников в судебно-следственные органы о неправильном лечении являются их неосведомленность или дезинформация о реальных возможностях современной медицинской науки и практики. Встречаются и случаи неэтичного отношения отдельных медицинских работников, особенно среднего персонала, студентов-медиков, а также врачей к своим коллегам. Исходя из сведений, полученных на основании бесед с больными или их родственниками, они дают некомпетентные консультации о качестве оказания медицинской помощи. Указанные обстоятельства следует учитывать при проведении санитарно-просветительной работы среди населения, а в медицинской среде уделять больше внимания вопросам профессиональной деонтологии.

В уголовном законодательстве РСФСР и других союзных республик имеется ряд статей, рассматривающих правонарушения, относящиеся непосредственно к профессиональной деятельности медицинских работников.

Неоказание помощи больному (ст. 128 УК РСФСР) является противоправным деянием, когда оно совершается «без уважительных причин лицом, обязанным ее оказать по закону или специальному правилу». При этом санкция увеличивается, если неоказание помощи больному заведомо могло повлечь или повлекло тяжелые последствия для больного вплоть до летального исхода. Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении (ст. 33) устанавливают, что первую неотложную медицинскую помощь в дороге, на улице, в иных общественных местах и на дому должны оказывать медицинские и фармацевтические работники. Пострадавшим от несчастных случаев или лицам, нуждающимся в срочной медицинской помощи вследствие внезапного заболевания, должны оказывать помощь ближайшие лечебно-профилактические учреждения, независимо от их ведомственной принадлежности. Отсутствие специальных познаний у врача-стоматолога по общей терапии не освобождает его от уголовной ответственности, ибо речь идет об оказании только первой неотложной помощи.

К числу уважительных причин, освобождающих медицинских и фармацевтических работников от уголовной ответственности по ст. 28 УК, относятся их болезнь, опасность передвижения к месту оказания неотложной помощи, отсутствие транспортных средств для выезда к территориально далеко находящемуся больному, невозможность в момент вывоза оставить другого курируемого пациента и другие.

Больной подал жалобу прокурору с претензией к врачу-стоматологу, который отказал ему в помощи при острой зубной боли, что повлекло к нетрудоспособности пациента в течение недели. Экспертная комиссия установила, что в момент обращения больного врач-стоматолог оказывал помощь пострадавшему с переломом челюсти. Пациент отказался ожидать врача до конца операции. Уважительная причина неоказания медицинской помощи послужила мотивом для прекращения уголовного дела (наблюдение А. И. Рыбакова).

Ст. 116 УК РСФСР предусматривает ответственность за незаконное производство аборта врачом, а также лицом, не имеющим высшего медицинского образования. Санкция увеличивается, если эти действия совершались неоднократно, повлекли за собой смерть потерпевшей или другие тяжкие последствия. Производство абортов разрешено только в лечебных учреждениях. Уголовная ответственность врача возникает в тех случаях, когда

аборт п
мо от н
стояния
чение с
ка жен
показан
рации.

Неза
место в
имеющи

Еще
Шолиак
сложную
цирюльн
съезда (а
тельным,
щим мед
врачебно
чевания п
ной деяте
щим выс
зубные вр
дения. По
высшего м
ниматься
по отноше

«Полож
тривает в
ставляет э
тельности
стоматолог
шательства
стно-лицев
вание. Он м
ливания и
сти, оказыв
детельствова
экспертизу

«Положе
предусматри

¹ Утвержден
медработника. М
² Утвержден
СССР от 6 июня

аборт производится вне лечебного учреждения независимо от наличия медицинских показаний, санитарного состояния помещения, оговоренного гонорара и др. Исключение составляют лишь те случаи, когда транспортировка женщины в больницу невозможна, а медицинские показания требуют немедленного производства операции.

Незаконное врачевание (ст. 221 УК РСФСР) имеет место в тех случаях, когда оно проводится лицом, «не имеющим надлежащего медицинского образования».

Еще в XIV веке выдающийся французский хирург Шолиак считал, что удаление зуба представляет собой сложную операцию и ее должен производить врач, а не цирюльник или зубодер. В резолюции XI Пироговского съезда (апрель 1910) было записано: «...признать желательным, чтобы зубоврачеванием занимались врачи с общим медицинским образованием и со специальной зубоврачебной подготовкой». Своеобразие истории зубоврачевания привело к тому, что этим видом профессиональной деятельности наряду с врачом-стоматологом, имеющим высшее медицинское образование, занимаются и зубные врачи, окончившие средние медицинские учреждения. Поэтому мнение о том, что лица, не имеющие высшего медицинского образования, не имеют права заниматься врачебной практикой (И. Ф. Огарков, 1966), по отношению к зубным врачам неприемлемо.

«Положение о правах врача-стоматолога»¹ предусматривает высшее стоматологическое образование и предоставляет этому врачу полный объем медицинской деятельности в пределах профессиональных познаний. Врач стоматолог имеет право на лечение и хирургические вмешательства при заболеваниях зубов, полости рта, челюстно-лицевой области, а также ортопедию и протезирование. Он может производить при этом все виды обезболивания и наркоза, выдавать листки нетрудоспособности, оказывать неотложную помощь, производить освидетельствование больных, а также судебно-медицинскую экспертизу по специальности.

«Положение о правах и обязанностях зубного врача»² предусматривает окончание этим врачом зубоврачебной

¹ Утверждено Наркомздравом СССР 12 мая 1938 г. Справочник медработника. М., 1949.

² Утверждено Приказом по Министерству здравоохранения СССР от 6 июня 1946 г. № 343.

школы и предоставляет ему права выполнять такие врачебные манипуляции и действия, как терапевтическое и хирургическое лечение болезней зубов, челюстей, языка и десен и слизистой оболочки полости рта, производить шинирование переломов челюстей, изготавливать съемные и несъемные зубные, челюстные и лицевые протезы, в том числе ортодонтические, а также выдавать листки нетрудоспособности, справки и заключения больным о состоянии зубов и органов полости рта (по запросам учреждений) и выписывать лекарственные вещества в дозировке, установленной инструкцией Министерства здравоохранения СССР. Очевидно, что перечисленные профессиональные права зубных врачей, регламентированные союзным министерством, не могут рассматриваться как незаконное врачевание.

Зубные врачи не имеют права занимать должности заведующих стоматологическими отделениями и ординаторов в больницах — стационарах, но они могут занимать должности зубного врача в стоматологических учреждениях амбулаторного типа¹.

«Положение о правах и обязанностях зубного техника»² предусматривает окончание им зуботехнической школы или соответствующего отделения зубоврачебной школы, и ему предоставлено право на изготовление в зубопротезной лаборатории по заданию врача-протезиста зубных, челюстных и лицевых протезов. Вместе с тем зубной техник не имеет права проводить клиническое протезирование и занимать должность врача-протезиста. Кроме того, ему запрещена частная практика по лечению зубов и протезированию³.

Незаконное врачевание подлежит уголовному преследованию, когда оно составляет профессиональную деятельность, т. е. обеспечивает основной или дополнительных доход. Незаконное врачевание как профессия, а также отдельные случаи, но проводимые за материальное вознаграждение, когда виновный знает, что его деятельность не принесет пользу больному, содержит в себе со-

¹ Приказ Министра здравоохранения СССР № 286 от 2 сентября 1961 г.

² Положение о правах и обязанностях зубного техника. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 343 от 6 июля 1946 г.

³ Приказ Министра здравоохранения СССР № 286 от 2 сентября 1961 г.

став и др.
УК РСФСР
тельный
купности
ние, ст. 10
рожное т
дение).

Еще в
дования з
стной пра
ветствовал
ло его сро

Эксперт
ла результ
дения и от
ниматься з

И. Ф. О
студента П
торый в те
протезирова
оказались д
ском отнош
ной мостов
ным повыше
повлекло уд
дала заключ
зубным про
только фант
предъявлено

П. П. Ще
конное враче
курсов стома
нием и протез

Уголовно
тых или нарк
а также посе
без разрешени

Органами
ния, учета, пр
тых, наркотич
средств (при
№ 523 от 3 ию

В соответст
(1961) установ

став и другого правонарушения—мошенничества (ст. 147 УК РСФСР). Незаконное врачевание, повлекшее смертельный исход или вред здоровью, наказуемо по совокупности преступлений (ст. 221—Незаконное врачевание, ст. 106 — Неосторожное убийство, ст. 114 — Неосторожное тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение).

Еще в 1880 г. Кубу описал случай уголовного преследования зубного техника, занимающегося в порядке частной практики лечением зубов. Развитие абсцесса соответствовало ранее пломбированному зубу и потребовало его срочного удаления.

Экспертная комиссия в судебном заседании расценила результат лечения как нанесение телесного повреждения и отметила, что зубной техник не имел права заниматься зубоврачеванием.

И. Ф. Огарков сообщает об уголовном преследовании студента III курса стоматологического факультета, который в течение 2 лет занимался частной практикой — протезированием. В 4 случаях ортопедические работы оказались дефектными: отдельные коронки в косметическом отношении были неудовлетворительными, а стальной мостовидный протез был изготовлен со значительным повышением прикуса. Снятие дефектных коронок повлекло удаление опорного зуба. Экспертная комиссия дала заключение, что студент не имел права заниматься зубным протезированием, ибо на III курсе изучается только фантомное изготовление протезов. Студенту было предъявлено обвинение по ст. 221 УК РСФСР.

П. П. Щеголев описывает случай осуждения за незаконное врачевание гр-на Ф., который по окончании трех курсов стоматологического института занимался удалением и протезированием зубов.

Уголовно наказуемо «изготовление или сбыт ядовитых или наркотических веществ» (ст. 224 УК РСФСР), а также посев опийного мака или индийской конопли без разрешения (ст. 225 УК РСФСР).

Органами здравоохранения определен порядок хранения, учета, прописывания, отпуска и применения ядовитых, наркотических и сильнодействующих лекарственных средств (приказ министра здравоохранения СССР № 523 от 3 июля 1968 г.).

В соответствии с Единой конвенцией по наркотикам (1961) установлен перечень наркотических средств, на-

ходящихся под международным контролем. Они подлежат строгому предметно-количественному учету. Запрещено рекламировать наркотические и приравненные к ним лекарственные препараты. Врачи, не работающие в лечебно-профилактических учреждениях, не имеют права выписывать рецепт на эти средства. О выявленных случаях наркоманий информируется Постоянный комитет по наркотикам при Министерстве здравоохранения СССР. На руководителей лечебно-профилактических учреждений возложена личная ответственность за рациональное применение наркотиков, хранение, учет и отпуск, а также хранение рецептурных бланков.

При испытании новых препаратов в обязательном порядке устанавливается возможность пристраститься к ним, и при его выявлении на лекарственное средство распространяется контроль, установленный этим приказом. Среднему медицинскому персоналу запрещено прописывать лекарства, содержащие ядовитые и сильнодействующие вещества. Исключение составляют фельдшера, заведующие самостоятельными медицинскими пунктами или временно работающие на врачебных должностях, а также фельдшера и акушерки, оказывающие экстренную медицинскую помощь.

Врач-стоматолог имеет право выписывать эти вещества на специальных рецептурных бланках, заверенных печатью медицинского учреждения. Зубным врачам (со средним медицинским образованием) предоставлено право выписывать ядовитые и сильнодействующие вещества только для применения их в стоматологических амбулаторных кабинетах (без права выдачи пациентам на руки). Установлены перечень этих препаратов, их лекарственная форма, а по отношению к отдельным из них — концентрация.

Ст. 222 УК РСФСР предусматривает уголовную ответственность за нарушение «правил, установленных в целях борьбы с эпидемиями».

Уголовное преследование имеет место в тех случаях, когда нарушение правил — приказы и инструкции Министерства здравоохранения СССР и его Главного санитарно-противоэпидемического управления — влечет за собой распространение заразного заболевания, а в правовом отношении оно произошло в результате неосторожности. Если же это деяние совершено с умыслом, преследуя распространение эпидемии с целью ослабления

Советс
версия

К у
ников
изведе
вается
(ст. 108
циальн

К п
сится не
с тем с
внедрен
средств
ции их
тельность

Согла
ных рес
ние нов
всеобщ
тики, ле
диться в
зрения д
положите
больного,
него возр
телей, оп
ставлять
медицинс
жизни чел
кие дейст
ней необх
гие средст
возник пр
предотвра
в виду Г. I
(зубной вр
тод лечени
данном усл
ственность

Возмож
неапробиро
средств тре
дения предв
как отмечае

Советского государства, то оно квалифицируется как диверсия.

К уголовно наказуемым деяниям медицинских работников относится стерилизация мужчин и женщин, произведенная без медицинских показаний. Она рассматривается как умышленное тяжкое телесное повреждение (ст. 108 УК РСФСР). Производство стерилизации по социальным показаниям в нашей стране запрещено.

К правонарушениям медицинских работников относится незаконное экспериментирование на людях. Вместе с тем очевидно, что дальнейшее развитие медицины и внедрение новых лечебно-профилактических методов и средств лечения невозможно без окончательной апробации их на человеке. Эта особенность медицинской деятельности получила законодательную регламентацию.

Согласно «Основам законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении» (ст. 34) использование новых, научно обоснованных, но не допущенных к всеобщему применению методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств должно проводиться в интересах больного, т. е. с медицинской точки зрения должно быть показанным, а ожидаемый эффект положительным. Врач должен получить на это согласие больного, а в отношении больных, не достигших 16-летнего возраста и психически больных — согласие родителей, опекунов или попечителей. Исключение могут составлять особые случаи, когда при оказании экстренной медицинской помощи используются во имя спасения жизни человека неапробированные методы лечения. Такие действия соответствуют ст. 14 УК РСФСР «О крайней необходимости», в которой предусмотрено, что другие средства не могли устранить опасность, а если и возник при этом вред, то он менее значительный, чем предотвращенный вред. Именно это обстоятельство имел в виду Г. И. Вильга, когда в 1903 г. писал, что «если он (зубной врач — Б. С.) докажет, что примененный им метод лечения имеет преимущества перед старым, что при данном условии он только и мог быть применен, ответственность за последствия не падает на врача».

Возможность использования в медицинской практике неапробированных, но научно обоснованных методов и средств требует выполнения и второго условия — проведения предварительного эксперимента на животных, и, как отмечает Ф. Ю. Бердичевский, с подтверждением до-

статочной степени вероятности ожидаемых положительных результатов. Нарушение указанных условий является незаконным экспериментированием, а находящиеся с ним в причинной связи увечья или смерть больного могут быть инкриминированы виновному.

Врач-венеролог под руководством профессора патологической физиологии предпринял лечение пародонтоза путем введения в организм больного токсических доз стрихнина и сальварсана. Смерть больного наступила от геморрагического энцефалита. Экспертная комиссия отметила, что использованный метод не был предварительно проведен в эксперименте на животных, а в клинической практике неизвестен. Лечение проводилось амбулаторно, без достаточного обследования больного, врач-венеролог не имел познаний в токсикологии сальварсановых препаратов, а профессор патофизиолог не принял надлежащих мер к оказанию помощи больному (наблюдение Ю. С. Зальмунина).

Уголовное преследование может быть возбуждено против врачей-стоматологов и зубных врачей, незаконно изготавливающих в частных кабинетах зубные протезы из золота (ст. 38 УК РСФСР «Нарушение правил о валютных операциях»).

Обязанность сохранять врачебную тайну предусматривает ст. 16 «Основ законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении»: «Врачи и другие медицинские работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного». Руководители учреждений здравоохранения в тех случаях, когда этого требуют интересы охраны здоровья населения, должны сообщить о болезни граждан органам здравоохранения, а также по требованию судебно-следственных органов.

Речь идет об острозаразных и венерических заболеваниях, криминальных абортах, отравлениях, убийствах, самоубийствах, причинении телесных повреждений, что позволяет органам здравоохранения провести соответствующие лечебно-профилактические мероприятия, а органам следствия и суда принять меры к раскрытию преступлений и наказанию виновных.

В этой же связи, как указывает А. П. Громов, медицинские работники должны избегать разглашения сведений о пациентах, что может быть использовано ради обывательской сплетни, склоки и т. п. При публикации научных работ, выступлениях с докладами и сообщениями не следует упоминать фамилии больных, а при де-

монстр
лицо б
Нет
наруше
оказан
Уго
за нен
имеет
дебную
В б
трена
родстве
врачу
В ря
циальн
ния ме
фессион
ную уг
здоровь
приводи
ков и с
В на
вающие
дицинск
здравос
тическо
ской за
органов
ровья г
что не
ского и
публик
надлеж
стоятел
ловное
дексу Р
неостор
врежден
чаев ст
ным ста

¹ § 23
Чехослова
и др.

монстрации фотоснимков нужно принять меры, чтобы лицо больного было неузнаваемо.

Нетрудно заметить, что среди перечисленных правонарушений отсутствуют уголовно наказуемые дефекты оказания медицинской помощи.

Уголовная ответственность медицинских работников за ненадлежащее оказание профессиональной помощи имеет различную законодательную регламентацию и судебную практику.

В большинстве капиталистических стран предусмотрена гражданская ответственность, и пациент или его родственники предъявляют через суд материальный иск врачу за причиненный вред здоровью.

В ряде стран в уголовном кодексе предусмотрена специальная статья, которая рассматривает правонарушения медицинских работников в тех случаях, когда профессиональная деятельность ставит под непосредственную угрозу жизнь, телесную неприкосновенность или здоровье пациента¹. В статье УК одного из государств приводится перечень наказуемых медицинских работников и среди них — зубной врач (ст. 491).

В нашей стране законодательные акты, предусматривающие ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи, исходят из интересов народного здравоохранения, совершенствования лечебно-профилактической работы и соблюдения гарантий социалистической законности в деятельности судебно-следственных органов. Нарушение общественной охраны жизни и здоровья граждан влечет за собой уголовное преследование, что не исключает возможности предъявления гражданского иска к врачу. В УК РСФСР и других союзных республик нет специальной статьи, предусматривающей ненадлежащее оказание медицинской помощи как самостоятельного состава преступления. В этих случаях уголовное преследование производится по Уголовному кодексу РСФСР: ст. 106 — неосторожное убийство, ст. 114 неосторожное тяжкое или менее тяжкое телесное повреждение, а также ст. 172 — халатность, а в ряде случаев ст. 175 — должностной подлог (или по аналогичным статьям Уголовных кодексов Союзных республик).

¹ § 258 УК Венгрии; § 83 Уголовно-административного кодекса Чехословакии; ст. 203 и 207 УК Югославии; § 211 УК Японии и др.

Учитывая сложность и своеобразие медицинской деятельности, необходимо соблюдение трех условий для уголовного преследования (Ф. Ю. Бердичевский, 1970). Прежде всего такие действия должны быть признаны противоправными. Выше мы указали статьи Уголовного кодекса, на основе которых судебно-следственные органы предъявляют обвинение за ненадлежащее оказание медицинской помощи. Во-вторых, следует установить причинную связь между совершенным деянием и наступившими неблагоприятными последствиями для пациента. Решение этого вопроса требует специальных познаний, и оно, как правило, ставится перед комиссионной судебно-медицинской экспертизой. Однако установление такой связи еще не предрешает уголовной ответственности медицинского работника.

У гр-на Д., 33 лет, во время операции, производившейся по поводу адантинотомы нижней челюсти, через 2 минуты от начала эндотрахеального эфирно-кислородного наркоза наступила клиническая смерть. В последующие восемь суток, благодаря реанимационным мероприятиям, поддерживались сердечная деятельность и дыхание. Смерть наступила от двусторонней нижнедолевой крупноочаговой бронхопневмонии. Экспертная комиссия отметила причинную связь между производством наркоза и наступлением летального исхода. Вместе с тем в заключении подчеркивалось, что методика обезболивания была выбрана и проведена правильно; количество эфира (2 об.%) не является обычно токсической дозой, и наступление неблагоприятного исхода было обусловлено индивидуальной чувствительностью организма, что анестезиолог не мог предусмотреть.

Таким образом, неблагоприятный и даже смертельных исход, находящийся в причинной связи с деятельностью врача, еще не свидетельствует о профессионально дефектном оказании медицинской помощи.

Для уголовного преследования необходимо и третье условие — установление неправильности медицинского действия. Это также подлежит компетенции экспертной комиссии, которая должна в соответствии с современным уровнем развития науки и практики, действующими приказами и инструкциями органов здравоохранения дать свое заключение. При этом принципиальное значение приобретает практическая возможность правильного оказания медицинской помощи в конкретных условиях работы врача и особенностей в течение заболевания.

У гр-ки Г., курируемой стоматологом по поводу гнойного гингивита и пародонтоза, осложнившихся язвенным стоматитом, при

видимом благоприятном течении (температура 37°, умеренная болезненность в области десен) на 4-й день поликлинического лечения наступил летальный исход. При судебно-медицинском исследовании трупа наряду с стоматологическим заболеванием были обнаружены септический эндокардит двустворчатого клапана, гиперплазия пульпы селезенки, дистрофия внутренних органов. Экспертная комиссия пришла к заключению, что смерть наступила от орального сепсиса, диагноз которого не мог быть установлен вследствие атипичного течения болезни.

До настоящего времени отсутствует общепринятая научно обоснованная судебно-медицинская классификация дефектов оказания медицинской помощи. Это обусловлено главным образом тем, что в предложенных классификациях допускается нарушение экспертной компетенции — дается юридическая оценка профессиональным дефектам.

Выделяют умышленные преступления медицинских работников, небрежность и халатность, сознательное сокрытие и бессовестное экспериментирование, формально бездушное отношение врача к пациенту. Здесь и понятие о врачебной ошибке как добросовестном заблуждении врача, она же — как умышленное, халатное, недобросовестное действие, несчастный случай или неосторожное легкомысленное врачевание.

Г. И. Вильга (1903) одним из первых в отечественной литературе систематизировал дефекты в оказании медицинской помощи в случаях зубоврачевания. Автор выделил ошибки при консервативном лечении зубов, ошибки при удалении зубов и ошибки зубной техники (протезирование). Иными словами, в этой классификации предвосхищался анализ дефектов оказания медицинской помощи в зависимости от стоматологической профилизации. И. М. Старобинский (1927) при изложении ошибок в зубоврачебной практике использовал принцип последовательности оказания медицинской помощи, выделяя дефекты, возникающие при местной анестезии, удалении зубов и терапии острых воспалительных процессов на челюстях.

А. И. Рыбаков (1966) рассматривал ошибки и осложнения терапевтической стоматологии, дополнив принцип последовательности отдельными нозологическими формами, особенностями терапии и др. Так, были выделены дефекты, обусловленные организационными причинами, анатомическими особенностями стоматологического статуса, а также при лечении кариеса, заболеваниях пуль-

пы, пародонтопатиях, пародонтозе, заболеваниях слизистой полости рта, обезболивании и современной лекарственной терапии.

Отдельные дефекты оказания медицинской помощи и их профилактика нашли отражение в руководствах и учебниках по хирургической, терапевтической, ортопедической и детской стоматологии.

В основу классификации дефектов оказания стоматологической помощи наряду с принципами последовательности ее оказания, нозологическими формами и т. п. может быть положена обычная логика врачевания. Так, Ф. Ю. Бердичевский предлагает классификацию профессионально неправомерных деяний независимо от специальности. Автор выделяет невыполнение или ненадлежащее выполнение диагностических (I группа) и лечебных (II группа) мероприятий. Не отрицая возможность и такого решения вопроса, следует заметить, что в судебно-медицинском отношении более принципиальным является выяснение роли и значения дефектов оказания медицинской помощи с точки зрения экспертной их квалификации.

В связи с этим целесообразно рассмотреть следующие три группы ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Первую группу составляют непредвиденные неблагоприятные осложнения и исходы, обусловленные скрыто или атипично протекающими заболеваниями, а также связанные с индивидуальной реакцией организма пациента.

М. М. Рубинчик сообщила нам о летальном исходе, наступившем тотчас как пациент занял место в стоматологическом кресле при резко запрокинутой голове вследствие низко опущенного подголовника. При судебно-медицинском исследовании трупа в гортани была обнаружена резко отечная доброкачественная папиллома на длинной тонкой ножке, закрывшая дыхательные пути. Такая причина скоропостижной смерти явилась откровением не только для врача-стоматолога, но и родственников умершего, ибо при жизни пациента никаких клинических проявлений опухолевого заболевания не отмечалось.

Стоматолог курировал пациента по поводу хронического периодонтита 4 зуба. В первое посещение были очищены каналы зуба и промыты раствором хлорамина. При повторном посещении больной сделал попытку встать с кресла, однако снова сел. Наступила скоропостижная смерть. При судебно-медицинском исследовании трупа был обнаружен разрыв сифилитической аневризмы аорты. Обвинение против врача поликлиники отпало (наблюдение А. И. Рыбакова).

В стоматологической литературе известны многочисленные осложнения, обусловленные местными анестетиками, в частности, новокаином. Описаны отек и некроз мягких тканей лица, возникновение анемичных зон, длительная анестезия, воспалительные процессы с развитием абсцессов, флегмон и остеомиелита, тризм и др. Обсуждая причины их возникновения, наряду с техническими погрешностями, нарушениями в технологии изготовления анестетика особо подчеркивается индивидуальная чувствительность к препарату. Об этом также свидетельствуют случаи наступления после проведения местной анестезии клинической смерти, иногда обратимой, благодаря реанимационным мероприятиям, а нередко переходящей в биологическую смерть.

Гр-ке К., 35 лет, перед удалением 7 по поводу пульпита была произведена мандибулярная анестезия 2 мл 2% раствора новокаина с двумя каплями 0,1% раствора адреналина. Через несколько секунд развилось шоковое состояние и, несмотря на принятые меры, наступила смерть. При судебно-медицинском исследовании трупа были обнаружены признаки острой смерти (жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов, точечные и пятнистые кровоизлияния на конъюнктивах и серозных оболочках). Экспертная комиссия отметила, что операция удаления зуба была показана, анестезия была выбрана и проведена правильно, каких-либо противопоказаний к операции и анестезии не имелось, лечебные мероприятия по оказанию помощи и выведению из шокового состояния были своевременны, соответствовали общепринятым. Смерть наступила от индивидуальной повышенной чувствительности к новокаину, что встречается в стоматологической практике, однако предвидеть такое осложнение и предупредить его врач не мог.

Мужчине 42 лет по поводу острых болей на почве острого периодонтита 6 было начато проведение инфильтрационной анестезии. После введения 0,5 мл 2% раствора новокаина больной крикнул, что ему плохо, и потерял сознание. Шприц был немедленно извлечен, однако вывести больного из наступившего коллапса не удалось, и через 20 минут он скончался. При судебно-медицинском исследовании трупа были обнаружены признаки остро наступившей смерти без каких-либо патологоанатомических изменений внутренних органов. Очевидно, что причиной летального исхода явилась индивидуальная чувствительность организма к новокаину (наблюдение А. И. Рыбакова).

За последнее десятилетие в стоматологической практике участились осложнения от введения антибиотиков.

Клинические формы таких осложнений весьма разнообразны — от кандидамикозных поражений слизистой оболочки полости рта до анафилактических реакций, иногда приводящих к летальному исходу.

Гр-ну Ф., 43 лет, по поводу острого воспалительного процесса в периапикальных тканях 5 в область переходной складки однократно введено 150 000 ЕД пенициллина на 0,5% растворе новокаина. Развился анафилактический шок, и через несколько минут наступила смерть. При судебно-медицинском исследовании трупа были обнаружены признаки острой смерти. Экспертная комиссия отметила, что диагноз был поставлен правильно, введение пенициллина было обосновано, пробы на чувствительность к антибиотикам не надежны и официально не утверждены, лечебные мероприятия по выведению пациента из состояния анафилактического шока были достаточными, но они не всегда эффективны.

А. С. Трушников наблюдал больного 52 лет по поводу хронического грануломатозного периодонтита 7. При введении в переходную складку 40 000 МЕ стрептомицина больной посинел, потерял сознание, исчез пульс. Реанимационные мероприятия оказались не эффективными, и через 22 часа 45 минут наступила смерть. При судебно-медицинском исследовании трупа каких-либо выраженных морфологических изменений, свидетельствующих о повышенной сенсibilизации организма, обнаружено не было.

Возможны аллергические реакции и на другие препараты.

У больной 48 лет с негерметичной повязкой после наложения мышьяка появилось неприятное ощущение в полости рта. Через 2 часа развился отек слизистой оболочки, распространившийся на глотку, дыхание оказалось затрудненным. Лишь своевременное применение антигистаминных средств и удаление мышьяка из полости зуба купировали аллергическую реакцию (наблюдение А. И. Рыбакова).

В ряде случаев неожиданный неблагоприятный, в том числе смертельный, исход наступает у лиц с зобно-лимфатическим состоянием.

Женщина 29 лет длительно страдала зубной болью и к врачу не обращалась, опасаясь возможности экстракции зуба. При обращении к стоматологу оказалось, что необходимо удалить больной зуб. После удаления зуба пациентка внезапно побледнела, зрачки расширились, исчез пульс и наступила смерть. При судебно-медицинском исследовании трупа было установлено резкое увеличение вилочковой железы и гипоплазия коркового слоя надпочечников, а также признаки острой смерти: жидкое состояние крови, полнокровие внутренних органов (наблюдение Р. Я. Пеккер).

Очевидно, что к описываемой группе дефектов оказания медицинской помощи относятся неблагоприятные исходы при атипично протекающих заболеваниях.

Вторую группу составляют дефекты оказания медицинской помощи, при которых в связи с характером за-

болевания, стадией его развития, тяжестью состояния больного и т. п. нельзя утверждать, что при правильном и своевременном ее оказании можно было бы предотвратить неблагоприятный исход.

Гр-ну Ш., 47 лет, по поводу длительной вялотекущей подчелюстной флегмоны под наркозом было произведено вскрытие гнойника и установлен дренаж. В удовлетворительном состоянии отпущен домой, а на следующий день ввиду остро возникшего нарушения дыхания был госпитализирован. В больнице во время наложения трахеостомы по жизненным показаниям наступила смерть. При судебно-медицинском исследовании трупа был обнаружен острый отек гортани, развившийся на почве разлитого воспалительного процесса в мягких тканях шеи. Экспертная комиссия отметила, что после операции вскрытия флегмоны необходимо было госпитализировать больного, обеспечить динамическое наблюдение и консервативное лечение, своевременно наложить трахеостому. Указанные дефекты способствовали ухудшению течения болезни, однако при таком запущенном и длительном течении гнойного процесса даже при своевременной госпитализации и проведении необходимых лечебных мероприятий нельзя гарантировать благоприятный исход.

И, наконец, третью группу составляют дефекты оказания медицинской помощи, которые в профессиональном отношении неправомерны, ибо представляют собой нарушение установленных правил и инструкций, научных рекомендаций и опыта медицинской практики.

К их числу прежде всего следует отнести ошибочные введения лекарственных веществ. Так, в стоматологической практике известны случаи ошибочного введения креозота, каустической соды, азотнокислого серебра, мыльного спирта, спиртового раствора йода, хлористого цинка и др., что повлекло тяжелые, в ряде случаев смертельные исходы.

П. Г. Арешев сообщает о случае ошибочного введения в десну вместо новокаина 0,5 см³ формалина. Развились глубокая флегмона лица и шеи, остеомиелит нижней челюсти. Судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к заключению о причинной связи развития флегмоны и остеомиелита с инъекцией в десну формалина, произведенной врачом-стоматологом. Врач была приговорена судом условно к двум годам лишения свободы.

Э. И. Кантер и А. С. Гаркави по материалам судебно-медицинских экспертных комиссий описали 2 случая ошибочного введения в десну вместо новокаина 0,3—2 мл формалина, что в одном наблюдении осложнилось остеомиелитом верхней челюсти (менее тяжкое телесное по-

вреждение), а в другом — некротом мягкого и твердого неба, перфорацией гайморовой полости (тяжкое телесное повреждение). В 3 наблюдениях имело место ошибочное введение в десну нашатырного спирта.

В. А. Шаак описал летальный исход после ошибочного введения зубным врачом во время анестезии в слизистую оболочку бензина. Против зубного врача было возбуждено уголовное дело.

К грубым дефектам оказания стоматологической помощи относятся неустановленный диагноз при очевидной клинической картине, нераспознанные тяжелые осложнения при доступной клинической диагностике, необоснованное проведение лечебных мероприятий и многие другие.

На практических занятиях студент сломал в зубном канале пациента бор. Не сообщив о случившемся преподавателю, он решил растворить металлический обломок, для чего ватный тампон, смоченный царской водкой, ввел в зубной канал. Развился тяжелый химический ожог слизистой полости рта, повлекший рубцовое сужение ротовой щели (наблюдение А. И. Рыбакова).

В ряде случаев медицинские работники могут привлекаться к уголовной ответственности вне зависимости от специальности за должностные преступления (злоупотребление или превышение власти или служебного положения — ст. 170—171 УК РСФСР; халатность — ст. 172; получения взятки — ст. 173; дача взятки или посредничество во взяточничестве — ст. 174; должностной подлог — ст. 175), а также частнопредпринимательскую деятельность (ст. 153 УК РСФСР.)

П. П. Щеголев сообщает об уголовном преследовании главного врача участковой больницы (зубного врача по специальности), который был признан виновным в том, что в служебном кабинете и на дому выполнил зубопротезирование 13 пациентам, незаконно получив с них 330 рублей. Обвиняемый был осужден за занятие частнопредпринимательской деятельностью и злоупотребление служебным положением. Суд не принял во внимание ссылку врача на незнание о запрещенности в уголовном порядке таких действий, ибо незнание закона не освобождает от уголовной ответственности.

Особо следует остановиться на дефектах стоматологической документации. В судебно-медицинском отношении они имеют двойное значение.

В случаях возбуждения уголовного преследования против врача-стоматолога за ненадлежащее оказание медицинской помощи поликлиническая карта, история болезни, операционный журнал и другие документы являются основными материалами, позволяющими экспертным комиссиям и судебно-следственным органам составить представление о профессиональной деятельности медицинского работника. Отсутствие полноценной документации, естественно, не дает возможности оценить деятельность врача. Так, у гр-на Ч. операция удаления зуба по поводу острого периодонтита осложнилась развитием парафарингеальной флегмоны с аррозией артерии и смертельным кровотечением. Экспертная комиссия отказалась ответить на вопрос о качестве оказанной консервативной терапии, ибо ни до, ни после операции в истории болезни не оказалось ни одной записи о терапевтических мероприятиях, в частности о применении антибиотиков.

Следует помнить, что исправления, подчистки, наклейки в медицинских документах рассматриваются как сделанные «задним числом».

Медицинские документы имеют судебно-медицинское значение для экспертизы различного вида повреждений, которые послужили причиной оказания стоматологической помощи. Речь идет об установлении характера повреждения, орудия, которым оно причинено, давности травмы, дистанции выстрела и др.

Грубые дефекты в оформлении медицинской документации все еще нередки как у зубных врачей, так и у врачей-стоматологов. Об этом, в частности, может свидетельствовать и проведенное нами выборочное изучение описаний повреждений лица и зубо-челюстной системы на материале 467 историй болезни одной из весьма квалифицированных стоматологических поликлиник. Оказалось, что в случаях травматической болезни врачи-стоматологи, как правило, не описывают точную локализацию, форму, размеры, цвет ссадин и кровоподтеков, состояние полости рта, не указывается вид перелома челюсти, отсутствует описание линии перелома, стояния костных отломков до и после врачебного вмешательства и др., что имеет большое значение для экспертного суждения о характере повреждения, его давности и особенностях, позволяющих установить механизм травмы. Только в отдельных случаях отмечается зубная формула

пациента, между тем как она может иметь решающее значение при идентификации личности.

В заключение следует отметить, что любовь к своей профессии, постоянное совершенствование в избранной стоматологической специальности и высокие нравственные качества советского врача послужат наилучшей формой профилактики дефектов в медицинской деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

- Бердичевский Ф. Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970.
- Брусиловский А. Е., Левин А. М. Медицинские ошибки по судебным материалам. Харьков, 1930.
- Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. М., 1969.
- Зальмунин Ю. С. Врачебные ошибки и ответственность врача. Дисс. канд. Л., 1949.
- Игнатенко А. П. Случай смертельного кровотечения после экстракции зуба при гемангиоме нижней челюсти. В сб.: Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. В. 6. Ставрополь, 1971, с. 507—508.
- Кантер Э. И., Гаркави А. С. Об ошибках при инъекциях лекарственных веществ в зубоврачебной практике. В кн.: Материалы 2-й расширенной научн.-практ. конф. судебно-медицинских экспертов Азербайджанской ССР. Баку, 1970, с. 248—250.
- Крат А. И., Завальнюк А. Х. Смерть от острого сепсиса, развившегося после удаления зуба. В кн.: Вопросы судебной медицины и криминалистики. Тернополь, 1968, с. 155—157.
- Лейбович Я. Судебная ответственность врачей. Л.—М., 1926.
- Огарков И. Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. Л., 1966.
- Поркишеян Н. И. Смертельное кровотечение из кариозного зуба у гемофилика. Труды ГИДУВ. В. 29, Л., 1962, с. 111—112.
- Рыбаков А. И. Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии. М., 1966.
- Семенов И. В., Орлов В. С. К вопросу о переломах нижней челюсти при удалении зубов. Актуальные вопросы судебной медицины. Труды каф. судебной медицины I ММИ и Ленинградских судебных медиков. В. 3. Л., 1970, с. 105—107.
- Старобинский И. М. Ошибки в зубоврачебной хирургии. М., 1927.
- Шаак В. А. Ошибки в хирургической практике. Л., 1954.
- Эдель Ю. П. Врачебные ошибки и ответственность врача. Дисс. канд. Харьков, 1957.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Введение в судебную стоматологию и процессуаль- ные основы судебно-стоматологической экспертизы . .	5
Литература	17
Глава II. Судебно-стоматологическая экспертиза поврежде- ний мягких тканей лица	19
Повреждения, причиненные тупыми твердыми пред- метами	21
Повреждения, причиненные острыми предметами . .	27
Транспортная травма	32
Ожоги различной этиологии	36
Огнестрельные повреждения	39
Действие лучевой энергии	41
Глава III. Судебно-стоматологическая экспертиза переломов челюстно-лицевых костей	43
Переломы нижней челюсти	46
Переломы верхней челюсти	56
Переломы скуловой кости и скуловой дуги	61
Переломы костей носа	62
Течение, исход и экспертная оценка переломов челю- стно-лицевых костей	64
Глава IV. Судебно-стоматологическая экспертиза поврежде- ний зубов	69
Литература к главам II—IV	86
Глава V. Судебно-стоматологическая экспертиза поврежде- ний, причиненных зубами	90
Повреждения, причиненные зубами человека . . .	90
Повреждения, причиненные зубами животных . .	100
Литература	111
Глава VI. Идентификация личности по стоматологическому статусу и пограничные с ней вопросы	112
Основные методы идентификации личности по стома- тологическому статусу	114
Идентификация личности по следам и отпечаткам зубов	122
Установление возраста, пола и профессии по стома- тологическому статусу	129
Экспертиза отдельных зубов и зубных протезов . .	142
Литература	152
Глава VII. Судебно-стоматологическая экспертиза правона- рушений медицинских работников стоматологических уч- реждений	155
Литература	174

Свадковский Борис Сергеевич

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Редактор **В. В. Томилин**

Техн. редакторы **Т. В. Яковлева, Л. Н. Вязьмина**

Корректор **И. С. Парфенова**

Художественный редактор **Л. С. Бирюкова**

Переплет художника **А. Е. Григорьева**

Сдано в набор 12/XI 1973 г. Подписано к печати 4/IV 1974 г.
Формат бумаги 84×108¹/₃₂. Печ. л. 5,5. (условных 9,24 л.).
9,88 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 34 000 экз. Т-06737.
МУ-25. Цена 51 коп. Заказ 2459.

Издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8.
Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 113105, Нагатинская, 1.

ПАТОЛОГИИ

4/IV 1974 г.
к 9,24 л.).
з. Т-06737.

пер., 6/8.
при Госу-
делам из-
ва, 113105.

51071

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПОСВЯЩЕНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ ПРОЦЕССУ